Ю.Г. Фролова

Медицинская психология

*Допущено
Министерством образования
Республики Беларусь
в качестве учебного пособия
для студентов высших
учебных заведений
по психологическим специальностям*

2-е издание, исправленное

Минск
«Вышэйшая школа»

УДК 159.9:61(075.8)
ББК 88.4я73
Ф91

Р е ц е н з е н т ы: кафедра психиатрии и медицинской психологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»; декан факультета психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет им. Максима Танка», доктор психологических наук, профессор *Л.А. Пергаменщик*

Фролова, Ю. Г.

Ф91 Медицинская психология : учеб. пособие / Ю. Г. Фролова. – 2-е изд., испр. – Минск : Выш. шк., 2011. – 383 с.

ISBN 978-985-06-1963-1.

Рассматриваются психологические факторы, связанные с возникновением и развитием различных заболеваний, основные принципы и методы клинико-психологической диагностики, наиболее актуальные направления психологической помощи больным, субъективные концепции болезни, особенности взаимодействия врача и пациента. Содержит большое количество клинических примеров, таблиц. В приложении даются методики, которые могут использоваться медицинскими психологами в их практической деятельности.

Предыдущее издание вышло в 2006 г.

Для студентов-психологов, специалистов, работающих в системе здравоохранения.

УДК 159.9:61(075.8)
ББК 88.4я73

ISBN 978-985-06-1963-1

ПРЕДИСЛОВИЕ

Медицинская психология изучает психологические факторы, связанные с возникновением и лечением заболеваний. Представления о том, что личность человека, его эмоциональное состояние, отношения с окружающими могут повлиять на состояние здоровья, впервые были сформулированы великим врачом Античности Гиппократом, предлагавшим лечить не болезнь, а больного. Эта гуманистическая идея направляла развитие медицинской психологии с момента ее возникновения.

Сегодня медицинская психология представляет собой обширную и достаточно разнородную научную дисциплину, отсюда возникает проблема ограничения содержания учебного пособия. При определении его структуры и объема мы руководствовались следующими принципами:

- соответствием Образовательному стандарту по специальности 1-23 01 04 «Психология» и типовой учебной программе по курсу;
- изложением материала без дублирования доступных руководств на русском языке, а также без повторения сведений, содержащихся в других дисциплинах, включенных в типовой план подготовки психологов. Например, вопросы оказания психологической помощи изучаются сразу в рамках нескольких учебных курсов, поэтому мы ограничились указанием на наиболее эффективные методы психотерапии при различных заболеваниях. Среди психодиагностических методик подробно были рассмотрены те, которые наиболее часто применяются в условиях клиники и представляют определенные сложности для интерпретации;
- обеспечением студентов необходимыми для практической работы рекомендациями, планами проведения исследований, диагностическими таблицами, стимульным материалом и другой информацией.

Текст пособия разбит на разделы и главы в соответствии с типовой учебной программой. В конце каждой главы имеются краткое резюме и список литературы. Определения важнейших понятий медицинской психологии приведены в рамках; пособие включает словарь терминов.

Чтобы облегчить читателю восприятие материала, текст иллюстрируется примерами из практики автора, научной и

художественной литературы, а также таблицами и рисунками. В приложениях содержатся описание и стимульный материал основных методик психологической диагностики в клинике и примеры их интерпретации, тест для самоконтроля.

Пособие предназначено студентам-психологам, однако в него включена информация, представляющая интерес и для практиков: рекомендации по планированию и проведению клинико-психологических исследований, ссылки на наиболее актуальные и доступные в Беларуси современные источники по рассматриваемым темам, образцы составления заключений и др.

Пособие отражает личный клинический и педагогический опыт автора, представленный в нем материал успешно апробирован в процессе преподавания медицинской психологии в Белорусском государственном университете, Республиканском институте высшей школы, Государственной службе медицинских судебных экспертиз, Белорусской медицинской академии последипломного образования.

Подготовка учебного пособия была бы невозможна без научной, методической и дружеской помощи многих людей. Автор выражает глубокую признательность своему первому научному руководителю – профессору кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова Валентине Васильевне Николаевой, рецензентам, коллегам-психологам, психиатрам и психотерапевтам.

Ю.Г. Фролова

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И ОТРАСЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1.1. Различные подходы к определению предмета медицинской психологии

Определить предмет медицинской психологии непросто прежде всего из-за большого количества подходов к решению данного вопроса.

Психологи *М.С. Лебединский* и *В.Н. Мясищев*, а также психиатр *А.В. Снежневский* полагают, что ***медицинская психология*** изучает вопросы психики больных людей, имеющие отношение к задачам диагностики, лечения и профилактики, а именно:

- психологические проявления различных болезней;
- роль психологических факторов в возникновении, динамике и предупреждении заболеваний;
- влияние болезни на психику;
- нарушения развития психики;
- принципы и методы психологического исследования в клинике.

При этом М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев медицинскую психологию рассматривают в междисциплинарном аспекте, а А.В. Снежневский относит ее к области психологии[1].

Другие специалисты – *К.К. Платонов*, *В.М. Блейхер*, *Т.П. Пушкина*, *П.И. Сидоров* и *А.В. Парняков*, *У. Бауманн* и *М. Перре*, в своих исследованиях характеризуют медицинскую психологию как пограничную область знания, решающую проблемы медицины психологическими средствами. Они считают, что в центре медицинской психологии находится не организм больного, а его ***личность***. В.М. Блейхер пишет: «Таким образом, медицинская психология одновре-

---

[1] См.: *Лебединский, М.С.* Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. Л., 1966.

менно выступает в роли психологической и медицинской науки. ...В соответствии с разрешаемыми ею проблемами и стоящими перед ней задачами медицинская психология является медицинской наукой, а в соответствии с теоретическими предпосылками и методами исследования должна быть отнесена к психологии» (1986. С. 7).

Одни авторы понимают сферу интересов медицинской психологии достаточно широко (К.К. Платонов), другие сужают ее конкретные цели до исследования таких вопросов, как проблемы пациента и его взаимоотношений с врачом, а также способы психологической профилактики заболеваний (У. Бауманн и М. Перре)[1]. Некоторые ученые под медицинской психологией понимают не самостоятельную область науки, а совокупность психологических знаний, которые могут быть полезны для практикующих врачей.

Разногласия в определении предмета медицинской психологии привели к тому, что ряд авторов предлагает использовать термин «клиническая психология», поскольку он якобы точнее отражает содержание и задачи дисциплины. Так, в руководстве под редакцией *Б.Д. Карвасарского* указывается, что «оба термина при всей их близости имеют существенные различия. Первый из них («клиническая психология») претендует на целостную научную и практическую психологическую дисциплину, а второй («медицинская психология») выступает как собирательный образ области и места применения психологической специальности»[2]. Сопоставление приведенных выше определений медицинской психологии с определениями клинической психологии показывает, что предмет последней у́же по сравнению с предметом медицинской психологии. В то время как медицинская психология направлена на исследование и решение разнообразных проблем *системы здравоохра-*

[1] См.: *Платонов, К.К.* Методологические проблемы медицинской психологии / К.К. Платонов. М., 1977; *Блейхер В.М.* Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. Киев, 1986. С. 7; *Пушкина, Т.П.* Медицинская психология / Т.П. Пушкина. Новосибирск, 1996; *Сидоров, П.И.* Введение в клиническую психологию / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. М., 2000; *Бауманн, У.* Основные понятия – введение / У. Бауманн, М. Перре // Клиническая психология. СПб., 2002.

[2] См.: *Абабков, В.А.* Клиническая психология / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2006. С. 9.

нения, клиническая психология концентрируется на анализе психологических факторов в контексте того или иного *заболевания*. Не случайно в качестве базовых дисциплин для клинической психологии называют психиатрию и общую психологию. В свою очередь для медицинской психологии важным является взаимодействие и с социальной психологией, психологией труда, социологией медицины.

Психолог *Ю.Ф. Поляков* выделяет теоретический и практический компоненты клинической психологии. В первом случае она является психологической наукой, изучающей закономерности изменения и восстановления психической деятельности при различных заболеваниях и аномалиях развития, а также закономерности влияния психологических факторов на состояние здоровья. Во втором случае – это область профессиональной деятельности психолога в целях охраны и укрепления здоровья населения[1].

На наш взгляд, одним из ключевых вопросов в определении предмета медицинской психологии является не столько указание на основные проблемы, стоящие перед этой отраслью знаний, сколько отнесение ее как таковой к области психологической или медицинской науки. Несмотря на то что междисциплинарный подход к решению проблем здравоохранения в настоящее время считается наиболее продуктивным, полное игнорирование специфики психологического или медицинского исследования сдерживает развитие соответствующих наук, снижает эффективность клинической практики.

До сих пор не разработаны стратегии междисциплинарного взаимодействия психологии и медицины. Например, не вполне понятно, как должны сопоставляться данные генетических исследований и психологических тестов. Анализ публикаций показывает, что такое сопоставление проводится с помощью статистических процедур, а не разработки соответствующей методологии. Без соотнесения с психической нормой все медико-психологические заключения будут недостаточно обоснованными, а иногда и дублирующими выводы, сделанные на основе наблюдений психиатра. Изучение же нормально функционирующей психики всегда являлось задачей психологии.

---

[1] *Поляков, Ю.Ф.* Проблемы клинической психологии / Ю.Ф. Поляков // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1996. № 2.

Медицинский психолог изучает не болезни сами по себе, а их влияние на личность, трудоспособность, семью, психологическое благополучие больного. При этом здоровье и болезнь рассматриваются как психосоциальные явления. В медицине же пациент рассматривается преимущественно как *носитель определенного заболевания,* а не как личность, поскольку основной целью данной дисциплины является изучение и лечение болезней[1].

Приведем несколько примеров[*].

Пример 1.1. Пациент или собеседник?

В своей работе «Расколотое "Я"» выдающийся психиатр *Р. Лэнг* представил анализ психиатрической диагностики. Он описывает беседу с больным, которую проводил Э. Креппелин. «Пациента …приходится почти что вносить в помещение, так как он ходит, широко расставив ноги, на внешней стороне ступни. …Он не поднимает головы даже тогда, когда с ним говорят, но он отвечает очень тихим голосом, постепенно начиная кричать все громче и громче. Когда его спросили, где он находится, он ответил: «*Вы это тоже хотите узнать? Я расскажу вам, кто измеряется, измерен и будет измеряться. Я все это знаю и мог бы рассказать, но не хочу*». Когда его спросили, как его зовут, он закричал: «*Как тебя зовут? Что он закрывает? Он закрывает глаза. Что он слышит? Он не понимает, он ничего не понимает. …Что он имеет в виду? Когда я велю ему смотреть, он смотрит не надлежащим образом. Просто посмотри! Что это такое? В чем дело? Обрати внимание. Он не обращает внимания. Я говорю, тогда что это такое? Почему ты мне не отвечаешь? Ты опять дерзишь? Как ты можешь быть столь дерзок? Я тебе покажу!…*» Под конец он стал издавать совершенно нечленораздельные звуки». *Лэнг, Р.* Расколотое «Я» / Р. Лэнг. СПб., 1995, (С. 22). Креппелин оценивает такое поведение пациента как показатель его недоступности контакту и явное свидетельство психического расстройства. Лэнг не оспаривает полностью этот вывод, однако указывает: «истолкование, которое мы приложим к данному поведению, зависит от отношений, которые мы установим с пациентом …Что делает этот пациент? Наверняка он ведет диалог между собственной пародированной версией Креппелина и своим собственным, открыто неповинующимся, бунтующим «Я». (Там же. С. 23).

Таким образом, поведение пациента с точки зрения психиатра можно оценить как проявление душевного расстройства,

---

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология / Б.В. Зейгарник. М., 1999.

[*] В качестве примеров в тексте учебника используются как случаи из собственной практики автора, так и предоставленные коллегами данные или цитаты из известных научных работ. Везде, где отсутствуют ссылки на источник, описывается самостоятельно собранный материал.

а с точки зрения психолога как своеобразную реакцию на давление, которое оказывает на пациента врач. Понимание и психологическое исследование этого феномена может способствовать повышению эффективности взаимодействия врача и больного шизофренией.

Пример 1.2. Любимое дело или здоровье?

К врачу-психиатру обратилась женщина 40 лет, преподаватель музыки. Ее жалобы свидетельствовали о наличии достаточно серьезного психического заболевания, которое, однако, не требовало немедленной госпитализации. Желание пациентки лечиться амбулаторно врач воспринял с пониманием. Проблемы начались, когда женщина стала принимать назначенные препараты – симптомы исчезли, но появились тремор, заторможенность, апатия. Пациентке пришлось отказаться от занятий с учениками. Побочные действия лекарств так ее напугали, что она прекратила лечение. Своим родственникам сообщила, что если она не может преподавать музыку и играть на фортепиано, результат терапии ее не волнует.

Этот случай демонстрирует одну из актуальных проблем медицинской практики – несовпадение целей врача и пациента в процессе лечения. В то время как для врача обычно самым главным является устранение симптомов болезни, для пациента важно восстановить прежнее качество жизни. Что получилось в данном случае? До визита к психиатру женщина не могла работать из-за своих симптомов, а после – из-за побочного действия лекарств. В результате лечение было прервано, и состояние больной серьезно ухудшилось. Изучение представлений пациентки о болезни, своевременное информирование о возможных побочных эффектах, а также психологическая поддержка в момент их проявления могли бы предотвратить прекращение лечения.

Оба примера описывают ситуации, когда очевидна необходимость использовать несколько взаимодополняющих подходов к лечению и диагностике. Следует отметить, что в некоторых случаях существует и *тенденция к излишней «психологизации»*.

Пример 1.3. «Реальные» планы на будущее

Студенты – будущие психологи во время практики в психоневрологическом диспансере проводят обследование юноши 17 лет. Испытуемый жалоб на свое состояние не предъявляет, к врачу его уговорили пойти родители, которых беспокоит, что он стал необщительным, не

встречается с друзьями, перестал учиться, практически не выходит из дома, целыми днями лежит на кровати. Сам юноша не вполне уверен, считать ли такое поведение нормальным или ему нужна помощь. Практиканты, возраст которых сопоставим с возрастом испытуемого (в среднем 22 года), много времени уделяют беседе, сочувственно комментируют проблемы юноши в отношениях с родителями («наверное, они тебя не понимают» и т.п.), наконец, спрашивают его о планах на будущее. В ответ испытуемый отвечает, что хотел бы играть на гитаре в подземном переходе и этим зарабатывать себе на жизнь. Даже не выяснив, есть ли у него гитара, практиканты при составлении заключения пишут: «Планы на будущее реальные».

Здесь мы видим, как стремление идентифицировать себя с пациентом приводит к игнорированию серьезных проблем в его поведении. В ответ на вопрос руководителя практики «А вы сами хотели бы играть в подземном переходе?» студенты ответили: «Нет, но нам нравится смотреть на музыкантов». В данном случае необходимо было более тщательно изучить поведение больного, провести анализ его мотивационной сферы, способностей к саморегуляции и, что немаловажно, сопоставить полученные результаты с возрастной нормой.

Приведенные примеры свидетельствуют о необходимости рассмотрения психики больного исходя из представлений о функционировании здоровой психики. Во-первых, состояние и поведение пациента определяются не только болезнью (примеры 1.1 и 1.2), во-вторых, представления о болезни могут быть расширены, если сопоставить их с представлениями о здоровье (пример 1.3).

Исходя из вышесказанного, можно предложить следующее определение медицинской психологии:

> ***Медицинская психология*** – это область психологической науки, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней

Структура медицинской психологии схематически представлена на рис. 1.1. Основными разделами медицинской психологии являются «Клиническая психология», «Психология медицинской среды» и «Психология больного». Самым крупным по содержанию разделом является «Клиническая психология».

Рис. 1.1. Структура медицинской психологии

Она изучает закономерности нарушения и восстановления личности и психических процессов при психических расстройствах, аномалиях развития и повреждениях головного мозга. Как уже упоминалось выше, клиническая психология имеет наиболее тесные связи с психиатрией, а также с психологией личности и с общей психологией.

Внутри раздела «Клиническая психология» выделяют несколько подразделов:

- *патопсихология* – изучает нарушения личности и психической деятельности при различных заболеваниях и нарушениях поведения (патологические привычки, суицидальное поведение и пр.), исходя из закономерностей развития и структуры психики в норме, а также психологические факторы, связанные с возникновением данных расстройств;
- *клиническая нейропсихология* – изучает закономерности нарушения и восстановления психических функций при различных поражениях головного мозга;
- *психосоматика* – изучает роль психологических факторов в развитии соматических заболеваний;
- *теория и практика психологической помощи* – в теоретическом аспекте – изучает психологические факторы развития заболеваний и нарушений поведения с целью разработки методов психологического воздействия, в практическом

аспекте – применение различных методов психологической помощи в сфере здравоохранения.

В разделе «Психология медицинской среды» исследуются психологические факторы, влияющие на профессиональную деятельность медицинских работников (психологические аспекты постановки диагноза, взаимодействия врача и пациента и др.). Этот раздел тесно связан с такими научными дисциплинами, как социология медицины, социальная психология, организационная психология, психология труда, этика.

Наконец, в разделе «Психология больного» изучаются проблемы самосознания и саморегуляции поведения в ситуации болезни, субъективные представления о болезни, способы реакции на стресс, связанный с возникновением симптомов и их лечением. Исследования психологии больного опираются на концепции, разработанные в психологии личности, общей психологии (психология познавательных процессов, психология эмоций и мотивации и др.), социальной психологии.

Практическая работа медицинского психолога может иметь следующие направления:

- психодиагностика, в том числе судебно-психологическая экспертиза и экспертиза трудоспособности;
- психологическая помощь больным, их родственникам, а также людям с психологическими проблемами;
- консультирование медицинского персонала в целях повышения эффективности профессиональной деятельности и коммуникации с больными, предотвращения врачебных ошибок;
- психологическое просвещение, обучение методам саморегуляции и профилактики заболеваний.

Медицинские психологи работают в психиатрических клиниках, в психологических консультациях, в службах экстренной психологической помощи, в центрах здоровья, в реабилитационных центрах, в Государственной службе медицинских судебных экспертиз.

В медицинских учреждениях работа психолога регламентируется Приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь № 659А от 31 декабря 2003 г. «О медико-психологической службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь». В своей деятельности психологи должны руководствоваться *этическими принципами*, предписанными Законом о здравоохранении (конфиденциальность, добровольность оказания помощи, уважение к пациенту), а также нормами профессиональной этики.

1.1.2. Основные методы исследования в медицинской психологии

Создать единую классификацию методов психологии невозможно, поскольку невозможно выделить единые основания их дифференциации. На основании различий в дизайне исследования выделяют анализ единичных случаев, корреляционное исследование, экспериментальное исследование[1].

Анализ единичных случаев активно используется как в медицинской психологии, так и в психиатрии. Случай, т.е., в данном контексте, история болезни – это не только первичный способ получения информации, но и основа для выдвижения гипотезы, и средство подтверждения истинности теории. Анализ случая позволяет оценить новую терапевтическую технику, выделить характеристики редкого психического расстройства.

Историю болезни можно условно разделить на три части: анамнез; описание динамики состояния больного и особенностей лечения; катамнез. *Анамнез* – это совокупность сведений о пациенте, имеющихся на момент его обращения в клинику, включающая в себя информацию о семье, жизненном пути, предыдущих заболеваниях. *Катамнез* включает сведения о больном после проведенного лечения. В более широком смысле под анализом случая понимается тщательное изучение конкретной проблемной ситуации из области медицинской психологии (например, анализ врачебной ошибки или конфликта между врачом и пациентом).

Значимость данного метода оценивается по-разному, в зависимости от ориентации на номотетический или идиографический подходы к исследованию, т.е. на обобщение или индивидуализацию знания. Подробно об анализе случаев можно прочитать в работах Н.-К. Дензина, Р. Комера и О. Сакса, предложенных в списке рекомендуемой литературы к теме.

Корреляционное исследование направлено на выявление взаимосвязи между различными переменными и требует зна-

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002.

чительного количества испытуемых. Оно позволяет определить особенности личности больных с различными психическими расстройствами, изучить факторы, предрасполагающие к развитию заболевания (пример 1.4).

Пример 1.4. **Исследование психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний**

Одно из самых известных корреляционных исследований было проведено врачами-кардиологами Г. Фридманом и М. Розенманом в 1974 г. Авторы разработали стандартизованное интервью, состоящее из 25 специальных вопросов. Ответы на эти вопросы давали возможность распознать личность, склонную, по их предположению, к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Действительно в ходе интервью были выявлены испытуемые с особым набором установок и поведенческих реакций, их поведение Фридман и Розенман обозначили как «поведение типа А» (выраженное стремление к достижению успехов, склонность к соперничеству, нетерпеливость, враждебность, быстрый темп речи, оживленная манера жестикуляции). Испытуемые, которые перечисленными особенностями не обладали, были отнесены к поведенческому типу В. Ученые обследовали таким образом 3500 здоровых людей, следили за состоянием их здоровья в течение восьми с половиной лет и доказали, что испытуемые, которым было присуще поведение «типа А», в два раза чаще страдали от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Экспериментальное исследование подразумевает манипулирование переменными и наблюдение эффектов, производимых этим воздействием на другие переменные. Например, благодаря экспериментальному исследованию можно проверить эффективность того или иного метода терапии (глава 1.2). Немаловажную роль как в экспериментальном, так и в ранее описанном корреляционном исследовании играют правильно выбранные ***контрольные группы***. Типичной ошибкой при проведении медико-психологических исследований является выбор в качестве единственной контрольной группы психически здоровых людей, что не дает основания для вынесения суждений о специфичности того или иного эффекта для конкретного заболевания. Так, если обнаружена статистически значимая связь между пессимистической оценкой будущего и уровнем депрессии, необходимо показать, что подобное явление нехарактерно или характерно лишь в незначительной степени для пациентов с другими психическими рас-

стройствами. В противном случае исследователь демонстрирует и без того достаточно очевидное различие между больными и здоровыми людьми.

В зависимости *от характера и степени вмешательства в экспериментальную ситуацию* выделяют наблюдение, опрос и эксперимент[1]. Среди методов опроса следует назвать такие специфические для медицинской психологии формы, как клиническая беседа и нарративное интервью. ***Клиническая беседа*** – это разновидность полуструктурированного интервью, направленного на выявление особенностей психического состояния личности, психических процессов, отношения к болезни и других характеристик пациента, актуальных для решения диагностических задач. Помимо этого, в ходе клинической беседы устанавливается эмоциональный контакт с больным, позволяющий осуществлять терапевтические вмешательства[2]. В ходе ***нарративного интервью*** психолог побуждает человека к свободному повествованию о собственной жизни (биографический нарратив) или о периоде, связанном с болезнью (тематический или ситуативный нарратив). В ходе анализа выявляют место болезни в контексте целостной жизни пациента, индивидуальный смысл болезни, способы ее преодоления[3].

Исследование в медицинской психологии проводится в соответствии *с различными целями* – определение возможных психологических факторов развития заболевания; оценка распространенности того или иного психического расстройства и выделение групп риска; дифференцированное описание нарушений личности и психических процессов при различных заболеваниях; оценка эффективности психологической помощи.

Свой вариант классификации методов исследования в медицинской психологии предложил известный австрийский психолог У. Бауманн (табл. 1.1).

---

[1] *Мягков, И.Ф.* Медицинская психология. Пропедевтический курс / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков, С.И. Чаева. М., 2002.

[2] *Соммерз-Фланаган, Дж.* Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган. М., 2006.

[3] *Kleinman, A.* The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition / A. Kleinman. USA, Basic Books, 1988.

Таблица 1.1

Критерии классификации методов исследования в медицинской психологии

Число сборов информации	• Лонгитюдные исследования (проспективные) • Фиктивные долговременные исследования (когорты с разными временными параметрами) • Ретроспективные исследования • Срезовые исследования
Селекция выборки	• Выборки из нормальной популяции с (без) предварительной селекции • Группы риска • Клинические группы
Точность отображения феномена (обследования)	• Клинические исследования • Опыт по аналогии
Число обследованных лиц	• Изучение отдельных случаев • Групповые исследования
Мера влияния исследователя	• Лабораторные исследования • Полевые исследования
Форма анализа	• Анализ взаимозависимости • Анализ зависимости

Источник: *Бауманн, У.* Методика исследования клинико-психологической интервенции / У. Бауманн, К. Рейнеккер-Хехт // Клиническая психология. СПб., 2002. С. 192.

В целом можно отметить, что полноценное изучение психологических факторов здоровья и болезни подразумевает сочетание как различных методов, так и различных методологий (качественной и количественной):

«Каждый метод исследования обращается к некоторым проблемам человеческого поведения, но ни один из них не решает все проблемы. ...Когда для исследования некоторых расстройств применяется более одного метода, то важно задаться вопросом, все ли результаты ведут нас в одном направлении. Если это так, то мы, вероятно, намного ближе к четкому пониманию расстройства или эффективному лечению. И наоборот, если различные методы приводят к противоречащим результатам, мы должны признать, что наши знания в данной области еще ограниченны» (*Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. С. 47).

Резюме

Предметом медицинской психологии являются психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней. Медицинская психология

подразделяется на клиническую психологию, психологию медицинской среды и психологию больного. Таким образом, она фокусируется на различных проблемах медицины, от этиологии болезней до специфики врачебной деятельности. При этом основой для построения теоретических концепций и разработки практических методов являются достижения психологической науки в сфере исследования личности, психических процессов, социально-психологических закономерностей поведения и др. В медицинской психологии, помимо общепринятых в других науках методов исследования, используются и специфические методы, такие как анализ случаев и клиническое интервью.

Литература

Абабков, В.А. Клиническая психология / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2006.

Дензин, Н.-К. Идиографический и номотетический подходы в психологии / Н.-К. Дензин // Психологическая энциклопедия; под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб., 2003.

Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002.

Сакс, О. «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. СПб., 2006.

1.2. ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Целью любого психологического вмешательства является изменение психического состояния и поведения индивида, в случае психологической помощи – это устранение психологических проблем и нарушений поведения.

Психологическая помощь направлена на устранение психологических проблем и нарушений поведения посредством использования специальных научно обоснованных психологических методов

Выделяют различные виды психологической помощи, которые различаются целями, теоретическими ориентациями, лежащими в их основе, сферами применения, а также степенью профессионализма лица, которое эту помощь осуществляет. Важно понимать, что иногда психологиче-

скую помощь нам могут оказать и непрофессионалы – родные и друзья, священнослужители и даже случайные знакомые, которым в данный момент небезразлично наше состояние. Кроме такой «стихийной» помощи, некоторые ее виды могут целенаправленно применять специально обученные добровольцы (Раздел 3).

В зависимости от *основных целей помощи* выделяют:

- психологическое консультирование;
- психотерапию;
- психологическую коррекцию;
- кризисное вмешательство;
- психологическую реабилитацию;
- психологический тренинг.

Психологическое консультирование ориентировано на помощь клиенту в разрешении определенной проблемной ситуации, дает возможность расширить его представления о различных аспектах своей личности, а также социального окружения.

Психотерапия ориентирована на улучшение психического состояния лиц, имеющих психические и поведенческие расстройства, устранение симптомов данных расстройств методами психологического воздействия

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие на определенные психические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

Кризисное вмешательство – экстренная психологическая помощь лицам, находящимся в кризисном состоянии (жертвы межнациональных конфликтов, стихийных бедствий, катастроф; люди, потерявшие близких и др.), направленная на профилактику развития психических расстройств и нарушений поведения.

Психологическая реабилитация – помощь больному, ориентированная на максимально полное восстановление его способностей, повышение качества жизни, улучшение социальной адаптации, интеграцию в общество, предотвращение развития стойких нарушений личности и негативных изменений жизненного стиля.

Психологический тренинг – выработка у клиента необходимых психологических и поведенческих навыков: преодоления стресса, разрешения конфликтов, принятия решений и т.п.

Психологическая помощь может оказываться как индивидуально, так и в группе (семейная, групповая терапия), а также в рамках целой организации (организационное консультирование).

В зависимости от сфер применения *М. Перре* и *У. Бауманн* предлагают выделять психолого-педагогические, организационно-психологические и клинико-психологические интервенции.

Жестких границ между различными видами психологической помощи не существует, они основываются на использовании сходных методов воздействия. Это касается прежде всего психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии.

Разделение между ними является в значительной степени искусственным и обусловлено законодательными ограничениями тех функций, которые может выполнять психолог в лечебном учреждении:

«В это время [конец 1970-х гг., прим. автора] психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего групповой. Дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время более подготовлены к такого рода деятельности, особенно в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог – психологической коррекцией. ...За рубежом более употребительным обозначением деятельности психолога в области психотерапии стал термин «психологическая психотерапия», в нашей стране – «психологическая коррекция» См.: *Абабков, В.А.* Клиническая психология. С. 21.

Из приведенной цитаты следует, что термин «психологическая коррекция» был введен с целью сделать более легитимной психологическую практику в клинике. Вместе с тем мы полагаем его использование вполне оправданным в тех случаях, когда речь идет о коррекции аномального развития.

Характер психологической помощи в значительной степени определяется теоретической ориентацией того или иного

специалиста. В связи с этим американский психолог *Р. Комер* отмечает, что внутри профессиональной группы различий, вызванных теоретическими разногласиями, гораздо больше, чем, например, между врачами, клиническими психологами и социальными работниками, которые придерживаются одной концепции[1]. На сегодняшний день существует значительное количество направлений психологической помощи: психоанализ, бихевиоральная и когнитивно-бихевиоральная терапия, экзистенциальная психотерапия, рационально-эмотивная терапия, гештальт-терапия и др. Каждое из них определяется тем, что конкретно выдвигается в качестве основной причины возникновения психологических проблем у клиента и каковы основные характеристики здоровой, адаптированной личности. Важнейшие направления психотерапии будут рассмотрены в главе 1.4.

Одной из наиболее сложных на сегодняшний день задач является *оценка эффективности психологической помощи.* Самоотчетов пациентов, а также отчетов терапевтов недостаточно для точного определения достигнутых успехов. Дело в том, что и пациент, и терапевт, вложившие много сил в процесс лечения, склонны оценивать любые позитивные изменения в лечении как своего рода «воздаяние за труды»[2]. Кроме того, не всегда понятно, что использовать в качестве критерия успеха, через какое время после окончания терапии проводить измерения и, самое главное – какие еще факторы повлияли на изменение состояния клиента.

Согласно немецкому психотерапевту В. Лаутербаху, наиболее исследованными в этом аспекте являются когнитивная и поведенческая психотерапия, клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу, а также различные методы релаксации и гипноза. Результаты исследований свидетельствуют об их высокой эффективности. Заметим, что не включенные в этот перечень методы исследования также могут привести к желаемым результатам. Отсутствие сведений об успешности их применения в клинике во многом связано с теоретической

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[2] *Лаутербах, В.* Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / В. Лаутербах // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. СПб., 1995.

ориентацией на идиографический подход к анализу данных (прежде всего это относится к различным классическим и современным направлениям психоанализа).

У. Бауманн и К. Рейнеккер-Хехт отмечают, что исследование психологической помощи не должно ограничиваться только оценкой ее эффективности, необходимо подходить к данной проблеме дифференцированно, учитывать характер отношений между терапевтом и клиентом, техники терапии, особенности ее различных этапов[1]. Они предлагают использовать следующие критерии:

- эффективность (наличие статистически и клинически значимых изменений, а также позитивные сдвиги, т.е. сдвиги, которые касаются широкого спектра ситуаций, отличаются устойчивостью, отсутствием негативных эффектов, т.е. ухудшение состояния, прекращение терапии и пр.);
- рентабельность, т.е. разумное соотношение материальных и моральных затрат и пользы от оказания помощи;
- степень удовлетворенности клиента;
- теоретическая обоснованность.

Следовательно, устранение симптома не всегда является свидетельством эффективности психологической помощи (пример 1.5):

Пример 1.5. **Внезапное улучшение**

К психотерапевту обратилась молодая женщина с жалобами на страх публичных выступлений. Сама клиентка связывает эту проблему с заиканием, которое якобы проявляется, когда к ней привлечено всеобщее внимание (например, при необходимости делать доклад на семинаре). Поскольку в ходе предварительной беседы заикание было совершенно незаметно, психотерапевт предложила женщине прочитать вслух отрывок из книги, которая лежала на столе. Однако и в этом случае заикание отсутствовало. Решив вернуться к этой проблеме позже, терапевт завершила беседу с клиенткой. На следующем сеансе женщина объявила, что больше не боится выступать перед аудиторией. Оказывается, когда ей пришлось в очередной раз выступать на семинаре, она вспомнила, как уверенно и четко читала незнакомый научный текст на приеме.

---

[1] *Бауманн, У.* Методика исследования клинико-психологической интервенции / У. Бауманн, К. Рейнеккер-Хехт // Клиническая психология. СПб., 2002.

Несмотря на радость, которую испытала психолог от такого сообщения клиентки, насколько улучшение было вызвано психологической помощью? Насколько стабильным оно будет? Насколько теоретически обоснованным являлся использованный прием? Каков психологический механизм устранения проблемы – повысившаяся в результате успешного чтения самоэффективность, постепенное угасание рефлекторной реакции тревоги или самовнушение? Для того чтобы успешно использовать этот спонтанно показавший свою полезность метод в дальнейшем, необходимо ответить на данные вопросы.

Оценку психологической помощи трудно проводить в рамках одного клинического исследования, как правило, с этой целью используется мета-анализ – статистический анализ результатов совокупности исследований, проведенных по сходной методологии для проверки определенных гипотез или концепций. Так, в известном исследовании эффективности психотерапии, которое провели К. Граве, Р. Донати и Ф. Бернауэр, были использованы данные, приведенные в 897 публикациях[1].

Резюме

Психологическую помощь можно охарактеризовать на основе ее целей, сфер применения, форм организации и теоретических основ. Основными видами психологической помощи являются психотерапия, психологическая коррекция, психологическая реабилитация, психологический тренинг, кризисное вмешательство, психологическое консультирование. При оценке эффективности того или иного вида помощи необходимо учитывать различные аспекты терапевтической ситуации: паттерн, стабильность и степень улучшения состояния клиента, соотношение затрат и издержек, отношение клиента к результатам терапии, а также теоретическую обоснованность ее методов. Для оценки эффективности различных видов психологической помощи необходимо использовать мета-анализ.

[1] См.: *Лаутербах, В.* Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки.

Литература

Абабков, В.А. Клиническая психология / В.А. Абабков [и др.] / СПб., 2006.

Перре, М. Систематика клинико-психологической интервенции / М. Перре, У. Бауманн // Клиническая психология. СПб., 2002.

Паттерсон, С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. СПб., 2003.

1.3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Проблема выделения критериев психического здоровья волнует не только врачей, но и всех ученых, задающих себе вопросы о природе человека. Определение здоровья опирается на важные для любой культуры понятия идеала, гармонии, блага. В свою очередь оно является основой для понимания болезни. Например, если рассматривать здоровье как гармонию и внутреннее равновесие, то болезнь является проявлением дисбаланса и несоразмерности. Если критерием считать способность адаптироваться к требованиям окружения, то болезнь означает плохое приспособление и низкое качество межличностных отношений.

Долгое время в медицине здоровье и болезнь рассматривались исключительно с биологических позиций. Однако в последние десятилетия XX – начала XXI в. наблюдается постепенный переход к биопсихосоциальной модели, которая подчеркивает важную роль личности и других социально-психологических факторов в поддержании хорошего здоровья (глава 1.4). Модель нашла свое отражение в определении, предложенном Всемирной организацией здравоохранения: «*здоровье это состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни*». Как можно заметить, данная формулировка носит программный характер, она подчеркивает необходимость рассматривать человека не просто как биологический организм, но и как разумное социальное существо. Однако для использования такого подхода в профессиональной деятельности необходимо руководствоваться более конкретными критериями.

М. Ягода указывает на шесть критериев психического здоровья:

• позитивная установка по отношению к собственной личности;

• духовный рост и самореализация;

• интегрированность личности;

• автономия;

• адекватность восприятия реальности;

• компетентность в отношении требований окружающего мира.

П. Беккер называет сходные признаки: хорошее самочувствие, самоактуализация, уважение к себе и к окружающим[1].

Часто, когда речь идет о психическом здоровье, имеется в виду соответствие состояния человека определенным *нормативным показателям*. Обычно под нормой понимается либо какое-то признанное обязательным, узаконенное состояние, либо мера, средняя величина. В сфере психического здоровья данный термин используется и в первом, и во втором значении. Понятие нормы не совпадает с понятием здоровья. *А.В. Снедков* считает, что для характеристики нормы используются в основном количественные показатели, а для описания здоровья – качественные[2]. Существуют адаптационный, негативный, позитивный, социальный, статистический, субъективный, релятивистский, функциональный подходы к определению психической нормы (табл. 1.2).

Достаточно трудно сделать свой выбор в пользу одного из приведенных выше критериев, каждый имеет свои достоинства и недостатки. Например, способность человека адаптироваться в любых социальных ситуациях может свидетельствовать не столько о психическом здоровье, сколько об отсутствии твердых моральных убеждений. Дипломное исследование, проведенное под нашим руководством студенткой отделения психологии БГУ Т.В. Меркушовой, показало, что специалисты-психологи в своей практике предпочитают исполь-

---

[1] См.: *Шульте, Д.* Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство / Д. Шульте // Клиническая психология. Спб., 2002.

[2] *Снедков, А.В.* Современная концепция психического здоровья / А.В. Снедков, А.Е. Снедкова // http://psychiatry.spsma.spb.ru/lib/kafedra/snedkov/snedkov6.htm/ 26.04.09/2005.

зовать социальный критерий нормы, описывая ее как состояние, соответствующее требованиям общества[1].

Таблица 1.2

Различные варианты подходов к определению психической нормы

Название критерия	Содержание критерия
Адаптационный	Способность приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды
Негативный	Отсутствие симптомов болезни
Позитивный	Наличие определенных способностей или качеств, например способности к самоактуализации, эмоциональной устойчивости и т.п.
Социальный	Соответствие поведения человека социальным требованиям
Статистический	В науке: определяется на основе формальных статистических критериев, например на основе оценки распределения, вычисления среднего и т.п. В обыденном сознании: нечто широко распространенное, обычное
Субъективный	Норма определяется исходя из субъективной ситуации, потребностей и самочувствия человека
Релятивистский	Конкретного определения нормы не дается. Утверждается, что норма – это условное и изменчивое понятие, зависящее от культурного контекста
Функциональный	Способность успешно достигать поставленных целей, продуктивность деятельности

Известный философ и психиатр *К. Ясперс* считает, что врач в процессе своей работы имеет дело с признаками конкретных болезней, а не с абстрактными понятиями болезни и здоровья. Он выявляет определенные нарушения, которые затем соотносит с нозологическими категориями[2]. Однако это не означает, что врач вовсе не использует критерии психического здоровья. Даже не имея предварительно выработанного ясного представления о норме, определяя болезнь, он руководствуется какой-то общей ее идеей.

Определение категории «психическое расстройство» было и остается одной из самых сложных проблем психиатрии и

---

[1] *Фролова, Ю.Г.* Концепции здоровья в психологической науке и практике / Ю.Г. Фролова // Веснік БДУ. Сер. 3. 2007. № 1.

[2] *Ясперс, К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997.

клинической психологии. В настоящее время разработано несколько определений психических расстройств, однако ни одно из них не получило всеобщего признания.

Так, Р. Комер выделяет следующие критерии: страдание, которое испытывает человек, помехи, которые болезнь создает в его жизни; опасность состояния пациента для него самого и для окружающих[1].

Согласно определению Американской психиатрической ассоциации, под психическим расстройством понимается «клинически значимый поведенческий паттерн», который связан с имеющимся дистрессом или недееспособностью, значительным риском смертельного исхода, болью или утратой свободы. Этот симптом или паттерн не должен быть ожидаемой или культурно санкционированной реакцией на конкретное событие[2].

В Международной классификации болезней[3] психическое расстройство описывается как клинически определенная группа симптомов (поведенческих признаков), которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Под симптомом при этом понимается клиническое проявление болезни, а под синдромом – система связанных в патогенезе симптомов.

В качестве синонима понятию «болезнь» некоторые специалисты используют понятие «патология». Вместе с тем следует учитывать, что континуум «норма – патология» характеризует лишь индивидуальную степень готовности к образованию синдрома, и точно так же, как «нормальность» поведения не означает полного здоровья, наличие патологии еще не говорит о болезни. Превращение патологии в болезнь обусловливается действием целого ряда психологических, социальных и биологических факторов[4]. Работая в клинике, важно не только определить психическое расстройство, но и дать ему точную характеристику, т.е. отнести его к определенной категории.

Первая классификация психических расстройств была предложена Э. Крепелином в 1883 г. Постепенно были сформированы основные требования к диагностическим системам. Они должны иметь высокую практическую ценность, отли-

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

[3] Международная классификация болезней (10-й пересмотр). СПб., 1994.

[4] *Снедков, А.В.* Современные концепции психического здоровья.

чаться теоретической обоснованностью, надежностью и валидностью. Степень надежности определяется частотой получения одинаковых результатов при повторном измерении одного и того же параметра. В отношении психических расстройств надежность означает, что точка зрения различных наблюдателей относительно наличия диагноза у какого-либо человека совпадает. Под валидностью понимается качество измерения того или иного параметра при использовании конкретного метода. Валидная система классификации психических расстройств позволяет выявлять в поведении и жалобах пациентов нечто клинически важное[1]. Как правило, высокая валидность предполагает высокую надежность, но не наоборот. В эксперименте американского психолога Д.Л. Розенхана, который будет описан ниже, диагнозы отличались высокой надежностью, но нулевой валидностью.

Пример 1.6. **Псевдопациенты и псевдодиагнозы**

Д. Розенхан организовал исследование, направленное на выявление характера и адекватности критериев, используемых врачами-психиатрами в процессе диагностики. Он подобрал восемь психически здоровых добровольцев («псевдопациентов»), которые должны были явиться на прием к психиатру и пожаловаться, что они слышат «голоса», причем характер этих нарушений восприятия не укладывался в картину ни одного из известных психических расстройств. Кроме симптомов и вымышленного имени, другие подробности из жизни псевдопациентов не были изменены. Сразу после госпитализации участники исследования прекращали имитирование симптомов и вели вебя в отделении нормально, полностью выполняя указания медицинского персонала, не предъявляли никаких жалоб. Одним из основных результатов стал вывод о невозможности доказать нормальность здорового человека. Из восьми псевдопациентов семь были выписаны с диагнозом «шизофрения в состоянии ремиссии». По мнению Д.Л. Розенхана, ошибку в постановке диагноза нельзя объяснить непрофессионализмом врачей. Проблема заключается в том, что диагноз психического расстройства играет роль «ярлыка», который полностью определяет оценку пациента окружающими. Так, все участники эксперимента, находясь в психиатрическом отделении, вели записи, вначале сильно опасаясь, что медсестры обратят внимание на их поведение и тайна будет раскрыта. Медсестры действительно это заметили, однако, как следует из медицинских карт, интерпретировали записи как еще один пример психической патологии (Rosenhan, D.L. On Being Sane in Insane Places / D.L. Rosenhan // Science. 1973, V. 179. P. 250–258).

---

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

На сегодняшний день разработаны три подхода к классификации психических расстройств – категориальный, многомерный и прототипический.

Категориальный подход соответствует подходу, принятому в других областях медицины. Предполагается:

- что все виды человеческого поведения можно разделить на здоровые и патологические;
- внутри обширной категории патологического поведения существуют отдельные непересекающиеся классы, каждый из которых характеризуется определенной клинической однородностью.

Многомерный подход основан на предположении, что поведение человека необходимо рассматривать на основе нескольких различных параметров, а не одного (здоровье-нездоровье). К их числу относятся эмоциональная стабильность, гендерная идентичность и т.п. Утверждается, что люди отличаются друг от друга по степени выраженности этих параметров; возможно построить профиль определенных психологических проблем, однако навряд ли на основе такого подхода удастся отнести индивида к группе конкретных больных.

Прототипический подход требует выделения прототипов психических расстройств, являющихся иерархическими комбинациями определенных симптомов, которые в большинстве случаев проявляются совместно. Ни один индивид из группы, определенной подобным образом, не может в действительности обладать всеми характеристиками прототипа одновременно или постоянно[1].

Современная система классификации психических расстройств обладает высокой степенью операционализации. Вместо расплывчатых описаний повествовательного типа в ней предлагаются четкие указания по диагностике с перечнем основных и дополнительных симптомов. Основные симптомы расстройства характеризуют его тип и должны наблюдаться в большинстве случаев, дополнительные определяют подтип. Немаловажную роль в постановке диагноза играет длительность проявления симптомов, что отдельно указывается в соответствующих рекомендациях по диагностике.

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

Сегодня в Беларуси используется уже десятый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-10), основанный на прототипическом подходе.

Всего в МКБ-10 выделяется десять категорий психических расстройств (табл. 1.3):

Таблица 1.3

Основные категории психических расстройств согласно МКБ-10

Шифр	Категория
F0	Органические расстройства
F1	Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ
F2	Шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройство
F3	Расстройства настроения
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
F5	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (нервная анорексия, нервная булимия, расстройства сна, половые дисфункции, послеродовые расстройства, расстройства личности при физических заболеваниях, злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость)
F6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
F7	Умственная отсталость
F8	Нарушения психологического развития
F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в подростковом возрасте

Для выделения диагностических категорий используются различные критерии. Например, первая категория – органические расстройства – выделена по критерию причины, наличию заболевания мозга; четвертая – по основным клиническим проявлениям, а десятая – по возрасту, в котором впервые проявляется расстройство.

Психолог в процессе клинической диагностики в большей степени ориентируется на понятия нормы и патологии, нежели здоровья и болезни. Диагностика состояния болезни в свою очередь является задачей врача. В главе 2.1 будут рассмотрены некоторые критерии выделения нормы по результатам патопсихологического исследования.

Резюме

Психическое состояние человека можно оценить исходя из понятий здоровья, болезни, нормы и патологии. При этом здоровье и болезнь связываются с определенными качествен-

ными характеристиками человека, а норма и патология с количественными. Основными признаками психического здоровья являются позитивное самоотношение, автономия, способность к саморазвитию, хорошее самочувствие, адекватное отношение к окружающему. Признаками психической болезни являются страдание, которое испытывает человек, нарушения поведения, мешающие ему достигать своих целей, вред, который наносится самому пациенту или окружающим его людям. Наиболее часто в медицинской психологии используются такие критерии определения нормы и патологии, как адаптационный, статистический, позитивный, негативный, социальный, релятивистский, субъективный и функциональный. Современная классификация психических болезней основана на прототипическом подходе и содержит десять диагностических категорий.

Литература

Белопольская, Н.Л. Задачи патопсихологии и понятие психической нормы / Н.Л. Белопольская // Патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. М., 1988.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

1.4. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Прежде чем перейти к рассмотрению ***ключевых концепций медицинской психологии***, следует уточнить, что ни одна из них на сегодняшний день не может претендовать на целостное представление о закономерностях возникновения и развития заболеваний, т.е. на статус теории в строгом смысле этого слова. Это объясняется сложностью понятий здоровья и болезни, которые невозможно эффективно исследовать, ограничиваясь рамками одного подхода.

Кроме того, существуют различные варианты связи между возникновением болезни и действием психологических факторов. Последние могут выступать:

- единственной или главной причиной болезни;
- одной из совместно действующих причин;
- провоцирующим условием;

• фактором, влияющим на тяжесть и характер течения болезни;

• фактором, увеличивающим или уменьшающим уязвимость человека по отношению к возникновению определенного расстройства и т.п.[1]

Поэтому, оценивая теоретическое поле медицинской психологии, целесообразно говорить не столько о концепциях возникновения психических расстройств, сколько о более-менее *дифференцированных психологических подходах*, к определению закономерностей, возникновения и развития заболеваний, каждый из которых основан на специфическом понимании болезней и методов их лечения. Мы сознательно отводим отдельный параграф рассмотрению теоретических основ отечественной медицинской психологии, поскольку в СССР данная научная дисциплина прошла уникальный путь развития и по характеру своих концептуальных положений не может быть с уверенностью отнесена ни к одному из традиционно выделяемых в соответствующих руководствах подходов.

1.4.1. Биологический подход

Медицина относится к группе естественных наук, поэтому неудивительно, что в ней доминирует *биологическая модель возникновения психической болезни, которая объясняет любые расстройства нарушениями в работе человеческого тела или головного мозга.* Эта же модель перешла в смежные с медициной дисциплины. Биологический подход в медицинской психологии довольно популярен, хотя не всегда декларируется открыто. Так, *теория стресса*, широко используемая психологами, является современным вариантом биологического подхода, позволяющим учитывать психологические факторы в развитии болезней наряду с физиологическими, рассматривая последние как приоритетные.

В самом общем виде *стресс* можно определить как целостную реакцию живого существа в ответ на какое-либо воздействие, превышающее адаптационные способности индивида. С момента первых публикаций канадского физиолога

---

[1] Подробно см.: *Бауманн, У.* Основные понятия – введение / У. Бауманн, М. Перре / Клиническая психология. 2002; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Г. Селье, посвященных стрессу, прошло более полувека, и за это время концепция стресса претерпела значительные изменения. Так, американские психологи Р. Лазарус и С. Фолкман утверждают, что реакция человека на экстремальную ситуацию зависит от того, как он оценивает ее и свои возможности. Согласно данной модели, стресс представляет собой процесс взаимодействия между индивидом и окружающей средой, который начинается с оценки и сопоставления собственных возможностей индивида и требований внешней ситуации. При несовпадении первых и вторых разворачивается синдром стресса. Вслед за ними физиологи показали различия в телесных изменениях при стрессе в результате таких оценок[1]. Теория стресса пользуется большой популярностью не только в медицинской психологии, но и среди значительной части населения, фактически, ее хорошо отражает народная формула «все болезни – от нервов». Показано, что у психически больных часто встречаются различные кризисы и затруднения, что в детстве они подвергались насилию, жестокому обращению, имели низкий социоэкономический статус. Влияние стресса на здоровье человека объясняется массивными физиологическими, психологическими и поведенческими перестройками. Оно может быть прямым и косвенным. Прямое обычно связано с вызванными стрессом физиологическими изменениями. Косвенное влияние осуществляется через изменение поведения[2]. Для того чтобы объяснить, почему все люди подвергаются воздействию стресса, но болеют не все, вводится понятие *уязвимости*. Уязвимость может быть биологической, психологической или социальной.

Сторонники биологического подхода особое внимание уделяют *биологическим факторам уязвимости*. Среди них можно выделить:

- биохимический дисбаланс нейротрансмиттеров и гормонов. Важнейшими для психического здоровья являются катехоламины – норадреналин и дофамин, серотонин (индоламин), гамма-аминомасляная кислота;

---

[1] См.: *Перре, М.* Психологические факторы: влияние социализации / М. Перре // Клиническая психология. СПб., 2002; Dienstbier, R.A. Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health / R.A. Dienstbier // Psychological Review. 1989.

[2] *Steptoe, A.* Stress and disease // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

• генетические аномалии, при этом между генами и средой существуют двусторонние отношения, а неблагополучная наследственность заключается в совместном действии многих генов;

• врожденная или приобретенная физическая патология, в том числе головного мозга;

• депривация физиологических потребностей (в питательных веществах, витаминах)[1].

К *психологическим факторам уязвимости* можно отнести недостаток опыта по преодолению стрессовых ситуаций, особенности личностной сферы и познавательных процессов, среди *социальных факторов уязвимости* важнейшими являются социальная поддержка и социоэкономический статус индивида. Все эти условия признаются сторонниками биологического подхода дополнительными, второстепенными в развитии расстройства. Психологические и социальные факторы уязвимости будут рассмотрены нами далее.

В медицинской психологии теория стресса часто применяется в качестве основы для согласования разнородных факторов, действующих на здоровье человека. Стресс рассматривается как необходимое опосредующее звено между определенными внешними воздействиями и физиологическими измененениями.

1.4.2. Психоаналитический подход

З. Фрейд впервые в современной науке предложил собственно психологическую интерпретацию душевных расстройств.

Он полагал, что на каждом жизненном этапе человек должен решить определенные ***задачи развития***, проблемы при прохождении данных этапов формируют уязвимость по отношению к конкретным психическим расстройствам[2]. Необходимо отметить многообразие подходов к определению специфики задач развития. Некоторые психоаналитики формулируют их в социальном ключе, как задачи установления определенной степени автономии и определенного качества межличностных отношений (например, Э. Эриксон), некоторые –

---

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] См.: *Куттер, П.* Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер. СПб., 1997.

традиционно, как задачи контроля над влечениями (над энергией инстинктивных импульсов)[1].

Утверждается, что ключевую роль в развитии человека играют *семейные отношения*. Правильное воспитание обеспечивает ребенку должную степень удовлетворения влечений и одновременно должную степень их сдерживания. В процессе развития ребенка формируются защитные механизмы, уровень функционирования которых соответствует определенному уровню организации личности, последний, в свою очередь, определяет характер психической патологии.

В психоанализе разделяют примитивные *защитные механизмы* и защитные механизмы высшего порядка. Примитивные защитные механизмы отличаются недостаточным учетом принципа реальности, они трансформируют все психическое пространство индивида, включающее когниции, эмоции, поведение, и действуют на границе между «Я» и внешним миром. Защитные механизмы высшего порядка действуют на внутренних границах «Я» и трансформируют не всю психическую сферу, а отдельные ее компоненты. Н. Мак-Вильямс относит к примитивным защитным механизмам отрицание (отказ принять существование неприятностей), примитивную идеализацию и обесценивание (значимых объектов), всемогущественный контроль (потребность интерпретировать происходящее как обусловленное собственной неограниченной властью)[2]. К высшим защитным механизмам относятся вытеснение, морализация, аннулирование (бессознательная попытка уравновесить чувство вины магическим поведением), смещение и др. В целом можно сказать, что набор и уровень развития защитных механизмов определяют степень адаптированности личности.

При рассмотрении психоаналитического подхода нельзя не остановиться на ключевых терминах, которые используются для обозначения психических расстройств. Ранний психоанализ в основном концентрировался на исследовании неврозов. Невроз рассматривался как психогенное расстройство, символически выражающее бессознательный конфликт. В дальнейшем были разработаны психоаналитические концепции пси-

---

[1] Подробно см.: *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. М., 1998.

[2] Там же.

хозов и расстройств личности. Таким образом, в современном психоанализе принято выделять три уровня развития личности, каждый из которых определяет тяжесть психической патологии, возникающей в результате декомпенсации: невротический, пограничный и психотический. В табл. 1.4 приведены основные критерии их различения.

Таблица 1.4

Психологическая характеристика различных уровней функционирования личности (по Н. Мак-Вильямс)

Уровень / Характеристика личности	Невротический уровень	Пограничный уровень	Психотический уровень
Предпочитаемые защиты	Преимущественно зрелый уровень; в условиях необычного стресса могут использоваться примитивные защитные механизмы	В основном примитивный уровень	Только примитивный уровень
Уровень развития идентичности	Высокий уровень	Ощущение собственного «Эго» противоречивое	Крайне низкий уровень; неразвитое «Эго»
Адекватность тестирования реальности	Достаточная адекватность	Низкая адекватность, может отражать реальность, но с определенными искажениями	Крайне низкая адекватность
Способность наблюдать свою патологию	Присутствует	Присутствует частично	Полностью отсутствует
Природа основного конфликта	Между влечением и препятствиями на пути к его удовлетворению	Между близостью и дистанцией в отношениях	Между существованием и уничтожением (конфликты симбиотической стадии развития)
Особенности отношений с психоаналитиком	Способность к установлению прочного рабочего альянса	Склонность к враждебной защите, сильному и амбивалентному переносу	Имеется сильная зависимость от психотерапевта

В большинстве руководств по клинической психологии предлагается разделять классический (ортодоксальный) психоанализ, эго-психологию, психологию объектных отношений, психологию самости или сэлф-психологию[1]. Вместе с тем, этот перечень не является полным. В зависимости от теоретического направления психоанализа основная идея о решающей роли раннего развития в возникновении болезни конкретизируется по-разному.

Так, в ортодоксальном психоанализе патология объясняется фиксацией (задержка либидо на инфантильных целях и влечениях) на раннем этапе развития, на котором индивид был травмирован, в эго-психологии патология объясняется слабым, недифференцированным Эго, которое не может приспосабливаться к требованиям реальности, недостаточным разнообразием защитных механизмов. В сэлф-психологии речь идет о недостаточном удовлетворении потребности в нормальной идеализации и самоуважении. В психологии объектных отношений – о нарушении взаимодействия с ранними значимыми объектами[2].

Таким образом, в психоанализе психическое расстройство понимается как *результат нарушений в процессе индивидуального развития.* Эти нарушения определяют уровень функционирования личности, степень ее уязвимости и особенности ее реагирования на неблагоприятные воздействия (неврозы, психозы, психосоматические расстройства).

Психоанализ развивался одновременно и как наука, и как особая форма практики. Поэтому первоначальные эмпирические исследования психоаналитических концепций проводились в ходе индивидуальной психотерапии. Систематическая проверка психоаналитических положений независимыми ис-

---

[1] См., например, *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York, 1988; *Комер, Р.* Патопсихология поведения.

[2] См.: *Куттер, П.* Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов; *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе; *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 1: Теория / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.

следователями была начата в 1940-е гг. Оказалось, что не все концепции подтверждаются эмпирическими данными. Например, в одном из исследований удалось подтвердить гипотезу Фрейда об анальном, но не об оральном и генитальном характере. Однако оказалось, что практика кормления и приучения к опрятности не имеет прогностической ценности для выраженности анальных признаков[1].

З. Фрейд полагал, что полезность и надежность психоаналитической теории определяются успехом ее применения в клинической практике, так как психоанализ – это наука о психологической помощи. Такая точка зрения актуальна и в наши дни: «Речь идет не о том, насколько хорошо психоаналитическая технология объясняет реальность, а о том, хорошо ли она способна овладеть будничными задачами практического психоанализа»[2].

1.4.3. Поведенческий подход

Психические расстройства в рамках поведенческого подхода объясняются либо научением неадаптивному (патологическому) поведению, либо отсутствием навыков адаптивного поведения.

Патологическое поведение подчиняется принципиально тем же законам, что и поведение здорового человека. Соответственно, опираясь на принципы бихевиоральной терапии, можно помогать практически любым пациентам, различие будет заключаться лишь в целях и методах интервенции[3].

Ключевым для поведенческого подхода является понятие *научения* – процесса и результата приобретения индивидуального опыта. Выделяют три основных вида научения: классическое, оперантное и социальное. При *классическом научении* ранее нейтральный стимул (который называют условным) приобретает способность вызывать биологически адаптивные (врожденные) реакции благодаря систематическому сочетанию с безусловным стимулом. При *оперантном обусловлива-*

[1] *Перре, М.* Психологические факторы: влияние социализации.

[2] *Томэ, Х.* Современный психоанализ. С. 648.

[3] *Паттерсон, С.* Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. СПб., 2003.

нии индивид научается достигать желаемой цели через поведение. Под желаемой целью понимается получение вознаграждения или устранение неприятного состояния. Новые реакции становятся устойчивыми в том случае, если они подкрепляются. Таким образом, человек научается не столько реакциям, сколько ожиданию результатов своего поведения. При *социальном научении* большую роль играют процессы подражания. Авторитетные для человека социальные фигуры выполняют роль моделей, демонстрирующих определенный тип поведения. В последнее время наиболее распространена идея о том, что в формировании серьезного психического расстройства определенную роль играет *каждый из видов научения*[1]. Это положение можно проиллюстрировать на примере развития ипохондрии – патологического страха болезни. Первоначально страх мог быть вызван наблюдением за страданиями тяжелобольного родственника (классическое научение). Затем страх спровоцировал ипохондрическое поведение, направленное на защиту себя от всевозможных болезней. Данное поведение могло подкрепляться окружающими (оперантное научение), а сами они могли выступать в качестве моделей, поведение которых больной копировал (социальное научение).

Современные варианты поведенческого подхода уделяют большое внимание когнитивным переменным, связанным с тем или иным патологическим поведением. Особенно важными признаются понятия воспринимаемой самоэффективности и воспринимаемого контроля.

Термин «воспринимаемая самоэффективность» был предложен А. Бандурой.

Самоэффективность – восприятие человеком своей способности успешно действовать в той или иной ситуации

Убеждения относительно самоэффективности зарождаются и укрепляются в процессе активной деятельности, направленной на решение задач, которые ставит перед человеком ситуация. Бандура рассматривает самоэффективность как важный фактор, воздействующий на поведение человека и его резуль-

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

таты посредством когнитивных, мотивационных, аффективных, селективных и физиологических процессов. Высокая воспринимаемая самоэффективность изменяет мышление, способствуя увеличению количества самоодобряющих суждений. Она также определяет силу и устойчивость мотивации к деятельности, особенно в том случае, если индивид сталкивается с препятствиями на пути к цели. В аффективной сфере самоэффективность связана с уменьшением уровня тревоги и других негативных эмоций, возникающих при неудачах. Воспринимаемая самоэффективность влияет на выбор той или иной стратегии действий. Она способствует тому, что возникающие проблемы воспринимаются человеком не как непреодолимые препятствия, а как вызов, дающий ему возможность проверить и подтвердить свои способности справляться с трудностями. Такая оценка ситуации вызывает возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы, т.е. мобилизацию ресурсов организма и усиление положительных эмоций.

В формировании самоэффективности особую роль играют четыре фактора:

- переживание собственных успехов в деятельности;
- пример других людей;
- социальное убеждение;
- переживание эмоциональных и физиологических состояний, связанных с осуществлением каких-либо действий.

Локус контроля – понятие, сходное по содержанию с понятием самоэффективности; впервые предложено американским психологом Дж. Роттером.

Локус контроля – склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам

В первоначальном варианте теории субъективной локализации контроля Дж. Роттера выделялись лишь два ее типа: интернальный и экстернальный, которые рассматривались как глобальные характеристики личности. Затем была разработана трехмерная шкала локуса контроля К. Уоллстона, в которой экстернальность измерялась с помощью шкалы «Приписывание контроля другим людям» и «Приписывание контроля судьбе». Кроме того, в эмпирических исследованиях было по-

казано, что тип локуса контроля зависит и от конкретной ситуации. Теория Дж. Роттера относится к классу теорий «ожидаемой пользы», т.е. в ней утверждается, что поведение человека определяется тем, как он оценивает возможность достичь желаемого результата. Предполагается, в частности, что индивиды с интернальным локусом контроля ведут себя целенаправленно и последовательно, тщательно собирают необходимую для успешных действий информацию, упорно преодолевают трудности и склонны соблюдать социальные нормы. В настоящее время все более часто вместо термина «локус контроля» используется термин «воспринимаемый контроль». В этом последнем понятии можно выделить по меньшей мере два компонента:

- согласованность поведения и его последствий, т.е. отражение субъективной оценки вероятности того, что действия приведут к желаемому результату;
- компетентность, т.е. оценка собственной способности осуществить такие действия.

Согласованность является важным условием психологического благополучия и удовлетворенности жизнью. ***Теория выученной беспомощности М. Селигмана*** описывает негативное влияние на поведение, психическое и физическое здоровье человека в тех стрессовых ситуациях, в которых индивид не может установить связь между своими действиями и изменением окружающей обстановки. Состояние выученной беспомощности по своим характеристикам близко к хронической депрессии, оно выражается не только в пассивности, но и в угнетении физиологических функций. Первоначально выученная беспомощность исследовалась в экспериментах на животных. Было показано, что, когда животное теряет контроль над аверсивными событиями, у него возникает особое состояние, которое характеризуется пассивностью, потерей мотивации к действию, эмоциональной подавленностью[1].

Перед началом поведенческой психотерапии проводится функциональный анализ, направленный на описание жалобы пациента в виде психологической проблемы и выявление основных условий, способствующих ее возникновению и поддержанию.

---

[1] Подробно см.: *Фролова, Ю.Г.* Локус контроля / Ю.Г. Фролова // Социоёлогия: Энциклопедия. Мн., 2003; Фролова, Ю.Г. Самоэффективность / Ю.Г. Фролова // Социология: Энциклопедия. Мн., 2003.

Несмотря на различие теоретических подходов, большинство бихевиористов используют сходные техники работы с клиентами. Их можно классифицировать на основании нескольких критериев: типа научения; ситуации столкновения с аверсивным стимулом и т.п.

Авторы классического руководства по поведенческой терапии, психологи В. Мейер и Э. Чессер, называют три основных метода, которые могут использоваться при лечении психических и поведенческих расстройств:

- обусловливание противоположных реакций. Основано на принципе переучивания. Задачей терапевта является формирование и подкрепление новой реакции, противоположной существующей. Это приводит к исчезновению патологической реакции;
- непосредственное переучивание в реальной жизненной ситуации. Основано на постепенном изменении границ или интенсивности стимула, вызывающего страх. При этом стимулы упорядочены в зависимости от их интенсивности;
- систематическая десенсибилизация в воображении. Метод основывается на предположении, что если по отношению к стимулу, вызывающему страх, во время его действия может быть вызвана антагонистическая (противоположная страху) реакция, то связь между стимулом и реакцией страха исчезнет. Обычно в качестве противоположной реакции используется мышечное расслабление[1].

Кроме того, в поведенческой терапии было разработано большое количество тренингов умений (например, тренинг уверенности).

Трудно сказать вне контекста реальной ситуации, какой именно метод поведенческой терапии является наиболее эффективным, в основном рекомендуется использовать сочетание различных техник, в том числе относящихся к другим теоретическим подходам, например к когнитивному.

1.4.4. Когнитивный подход

Основные идеи ***когнитивного подхода*** были сформулированы в 1960-е гг. психотерапевтами *А. Беком* и *А. Эллисом*, разработавшими, соответственно, системы когнитивной и ра-

---

[1] *Мейер, В.* Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. СПб., 2001.

Рис. 1.2. Взаимосвязь когнитивных и эмоциональных процессов

ционально-эмотивной психотерапии. Конечной задачей психологической помощи в рамках данного подхода является изменение неадаптивных убеждений и ошибочных способов переработки информации. Взаимосвязь эмоций и когниций была сформулирована А. Эллисом в виде так называемой *схемы* «ABC» (рис. 1.2).

Таким образом, эмоциональные проблемы обусловлены нашей интерпретацией различных событий. Например, у человека, испытывающего страх публичных выступлений, он возникает в результате появления таких суждений, как: «Я провалюсь», «Надо мной все будут смеяться» и т.п.

Психические расстройства с точки зрения когнитивного подхода понимаются как результат *неадаптивных когнитивных процессов.*

Неадаптивными когнициями А. Бек называет такие мысли, которые «несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную реакцию»[1]. Согласно А. Эллису[2], нерациональные мысли не основаны на реальных фактах. В целом его точка зрения не противоречит идеям Бека.

А. Эллис в своих работах указывает на «тиранию долженствования» как на важнейший фактор в развитии психических расстройств. В результате человек начинает следовать чрезмерно жестким стандартам поведения, рассматривает свои идеи и правила как догмы. Важнейшим показателем здорового мышления для Эллиса является его рациональность. В качестве одной из важнейших техник работы используется так называемый «сократический диалог» – диалектический разговорный метод познания истины[3].

---

[1] *Бек, А.* Техники когнитивной терапии / А. Бек // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.

[2] *Эллис, А.* Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают / А. Эллис // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 1.

[3] *Паттерсон, С.* Теории психотерапии.

Выделяют несколько *философских концепций, послуживших основой рационально-эмотивной терапии*:

- учение стоиков (Эпиктет, Сенека, Цицерон) о роли субъективного мнения в возникновении душевного дискомфорта;
- дедуктивную технику сократического диалога;
- учение Ф. Бэкона об ограниченности человеческого разума;
- учение Б. Спинозы об эмоциях как о производных мышления[1].

В целом с философской точки зрения подход А. Эллиса можно охарактеризовать как «разумный гедонизм», т.е. ориентацию на достижение состояния душевного комфорта за счет контролируемого удовлетворения влечений. Эллис полагал, что иррациональное мышление мы можем наблюдать у любого человека, однако при психических расстройствах оно отличается значительной устойчивостью. Эллис выделил несколько универсальных иррациональных идей, вызывающих страдание, например: «Важно, чтобы человека любили и одобряли практически все представители его окружения», «Чтобы быть достойным уважения, человек обязан быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным» и др.

Подход А. Бека в большей степени ориентирован на потребности клиники. Он стремился охарактеризовать особенности когнитивных процессов при различных психических заболеваниях. ***Когнитивная модель*** любого расстройства включает три параметра:

- когнитивные элементы;
- когнитивные процессы;
- когнитивное содержание.

К *когнитивным элементам* относятся автоматические мысли, связанные с переработкой текущей информации, и базисные посылки, включенные в систему глубинных представлений о себе и об окружающем мире, определяющие содержание текущих когнитивных процессов. Автоматические мысли переживаются индивидом как правдоподобные, они возникают как бы рефлекторно, без логического

[1] *Холмогорова, А.Б.* Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.

рассуждения. Степень дезадаптивности эмоциональных и поведенческих реакций человека зависит от выраженности когнитивных искажений. Базисные посылки обладают свойством самоподкрепления.

Когнитивные процессы обеспечивают соответствие вновь поступившей информации уже существующим представлениям, например:

- произвольные умозаключения;
- селективное абстрагирование – использование для умозаключения именно тех аспектов ситуации, которые соответствуют основным иррациональным идеям;
- черно-белое мышление – стремление оценивать события поляризованно: либо как положительные, либо как отрицательные;
- персонификация – стремление больного приписывать излишнюю роль в развитии событий себе или другим людям;
- максимизация или минимизация значимости события.

Когнитивное содержание специфично для каждого расстройства (например, для депрессии Бек считает характерной так называемую когнитивную триаду: негативную оценку себя, негативную оценку окружающего мира и будущего)[1].

Основные методы когнитивной терапии. Когнитивная терапия, которая начинается с представления клиенту модели взаимосвязи между когнициями и поведением. Происходит знакомство с основами эпистемологии, т.е. в данном контексте с тем, как человек перерабатывает информацию и получает знания об окружающем мире. Устанавливается «эмпирическое сотрудничество», необходимое для выявления когнитивных искажений. На первом этапе происходит выявление и изменение автоматических мыслей. Для этого используются следующие методы:

- *заполнение пробела*. После презентации схемы «ABC» (см. рис. 1.2) клиенту предлагают сосредоточиться на компоненте «B». Если он не в состоянии этого сделать, могут использоваться дополнительные модификации данной техники, например наблюдение за автоматическими мыслями (с ведением дневников в реальной ситуации либо во время ее имитации. Последняя техника получила название когнитивной репетиции – человек пошагово воспроизводит эмоциогенную ситуацию с

[1] *Бек, А.* Техники когнитивной терапии.

наблюдением за мелькающими в голове мыслями). Также, чтобы оказать помощь в заполнении пробела, используется ролевая игра, когда терапевт играет роль одного из заметных людей из окружения пациента, а тот фиксирует возникающие по этому поводу автоматические мысли;

- *дистанцирование и децентрация.* Дистанцированием называется процесс объективного рассмотрения автоматических мыслей. Человек, обладающий способностями к дистанцированию, умеет различать то, во что он верит, и то, что он точно знает. Человек, способный к децентрации, не рассматривает себя в качестве центра всех событий;
- *проверка подлинности* – установление достоверности умозаключений. Проверяется, как пациент ведет наблюдения, какие делает выводы;
- *изменение правил.* Когда правила, или, в терминологии Эллиса, иррациональные идеи, используются слишком широко, возникают психологические проблемы.

По мнению А. Бека, основные неадаптивные когниции фокусируются вокруг понятий угрозы (безопасности) или боли (удовольствия).

На втором этапе идет работа с базисными посылками. Для их выявления необходимо вначале ознакомить клиента с тем, что представляет собой когнитивная схема. Используется техника «маркировки тем» – отмечается, какие темы без конца повторяются в разговорах, дневниках и т.п.), применяются особые техники ведения диалога.

На третьем этапе проводится конфронтация со старыми схемами. Используются техники выявления логических базисных посылок (аналогичные тем, что использовались для работы с автоматическими мыслями), разного рода дневники (дневник, организованный по темам, – работа, друзья и т.п.), дневник предсказаний (чтобы пациент имел возможность посмотреть, исполняются ли его пророчества). Также дневник может вестись с применением активного анализа событий дня, с использованием старых и новых посылок. Помогает клиентам и анализ выигрышей и проигрышей от использования старых и новых посылок[1].

---

[1] См.: *Бек, А.* Техники когнитивной терапии; *Паттерсон, С.* Теории психотерапии.

Критика когнитивного подхода во многом обусловлена своеобразными философскими установками авторов, в частности их ориентацией на разумный гедонизм[1].

1.4.5. Экзистенциальный и гуманистический подходы

Экзистенциальный и гуманистический подходы имеют точки соприкосновения, которые позволяют говорить о них параллельно. Главным сходством является *преимущественная ориентация не на проблемы здоровья* и *болезни*, а *на проблемы здорового или больного ЧЕЛОВЕКА*. В этом смысле психическое расстройство – это лишь один из многих аспектов человеческого существования, а личность пациента – нечто большее, чем его болезнь. Л. Бинсвангер, Р. Мэй, И. Ялом, А. Кемпинский, К. Роджерс и другие психотерапевты внесли большой вклад в развитие этих подходов.

Экзистенциальная модель в медицинской психологии основывается на нескольких важных положениях:

- особенностями человеческого существования являются его осмысленность, принципиальная возможность выбора и необходимость; принимать на себя ответственность за этот выбор;
- невозможно отделить субъекта от миров, в которых он присутствует: биологического мира, мира взаимоотношений и мира самоидентичности;
- человек постоянно пребывает в состоянии становления;
- смерть (конечность человеческого существования) является единственным абсолютным фактом жизни;
- каждый человек является уникальным и незаменимым;
- люди обладают способностью выходить за рамки текущей ситуации, подниматься над ней, видеть себя одновременно и субъектом, и объектом;
- современные неврозы являются неврозами отчуждения человека от мира, они сопровождаются чувством внутренней пустоты и одиночества[2].

Таким образом, экзистенциальный и гуманистический подходы в медицине указывают на связь психопатологических

---

[1] *Паттерсон, С.* Теории психотерапии.

[2] См.: *Кемпинский, А.* Экзистенциальная психиатрия: Сборник / А. Кемпинский. СПб., 1998; *Паттерсон, С.* Теории психотерапии.

синдромов с основными экзистенциальными вопросами – конечность человеческого существования, свобода и ответственность человека, одиночество и вина, а также фрустрация естественных для каждого человека потребностей в самоактуализации и самоуважении.

При этом экзистенциалисты делают акцент на существовании, а представители гуманистического подхода – на уникальности и безусловной ценности любой личности. Полезность использования экзистенциального подхода в клинике ограничена способностью тяжелого психически больного адекватно реагировать на проблемы ответственности, экзистенциального одиночества и конечности человеческого существования[1].

Представитель гуманистического подхода К. Роджерс указывает, что существуют базовые, специфически человеческие потребности, например, потребность в позитивном отношении со стороны значимых других, в самоуважении, в самоактуализации, т.е. в реализации личностного потенциала. Позитивное самоотношение, по мнению Роджерса, должно быть безусловным – каждый человек уникален и заслуживает любви и уважения. Этот опыт безусловного позитивного самоотношения приобретается в детстве. Однако ребенок может прийти к выводу, что он заслуживает позитивного отношения только на определенных условиях, например, если будет вести себя «по правилам». Такой человек отрицает существенную часть себя, которая не соответствует навязанным извне стандартам. Клиент-центрированная терапия, разработанная К. Роджерсом, направлена на выработку у пациентов навыков самопринятия, доверия к себе (в терминологии Роджерса – доверия к организму), искреннего общения[2].

О противоречиях внутри данных подходов может свидетельствовать полемика между различными авторами относительно клинических случаев (см., например, Три взгляда на случай Эллен Вест: *Л. Бинсвангер, Р. Мэй, К. Роджерс* // Московский психотерапевтический журнал, 1993. № 3).

Экзистенциальная терапия, в принципе, не использует какие-либо особенные техники, отличающие ее от других под-

---

[1] *Кемпинский, А.* Экзистенциальная психиатрия.

[2] *Роджерс, К.* Взгляд на психотерапию: Становление человека / К. Роджерс. М., 1994.

ходов[1]. Ее уникальной характеристикой являются цели, выдвигаемые терапевтом. Экзистенциальные терапевты побуждают пациентов брать на себя ответственность за свою жизнь, делать свободный выбор, быть откровенными с собой и другими.

1.4.6. Критический подход

Критический подход основан на анализе моральных и политических взглядов, которые лежат в основе современных направлений психиатрии и медицинской психологии. Как заметил психиатр Д. Инглби, те, кто возражают против привнесения политики в психиатрию, должны помнить, что она всегда там была[2]. Основную роль в развитии этого подхода сыграли работы Р. Лэнга и М. Фуко. Представителями критического направления являются также Т. Шаш, Л. Джонстоун, Дж. Ашер и др.

В своих работах «История безумия в классическую эпоху» и «Психиатрическая власть» М. Фуко[3] продемонстрировал, что психиатрия начала формироваться как практика контроля *отклоняющегося поведения* и лишь затем приобрела черты самостоятельного научного направления. Поэтому социально-экономические факторы всегда играли огромную роль в формировании концепций душевных болезней, а проблемы власти, контроля и насилия были ключевыми при организации психиатрического лечения. На примере развития медицины во Франции Фуко показывает, каким образом экономические условия в период зарождения капитализма привели к формированию новой концепции безумия.

В определенной степени возникновению критического подхода способствовало открытие фактов многочисленных злоупотреблений правами душевнобольных (принудительная госпитализация, стерилизация, лоботомия, сексуальное насилие и др.).

Внутри критического подхода выделяются такие направления, как антипсихиатрия (Р. Лэнг, Т. Купер), критическая психиатрия (Д. Инглби), постпсихиатрия (П. Брэкен).

---

[1] *Паттерсон, С.* Теория психотерапии.

[2] Ingleby, D. Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health / D. Ingleby. New York, 1981.

[3] См.: *Фуко, М.* История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. СПб., 1997; Фуко, М. Психиатрическая власть / М. Фуко. СПб., 2007.

В рамках *антипсихиатрии* болезнь рассматривается как единственно возможный для индивида способ выжить в ненормальной ситуации. В частности, Р. Лэнг[1] проводит феноменолого-экзистенциальный анализ психозов, подчеркивая характерное для данных случаев разделение Я на истинное и ложное, а также онтологическую неуверенность шизофренических пациентов. Больной шизофренией рассматривается Лэнгом как отчаявшийся человек, который вынужден развить ложное Я для защиты от реальности. Лэнг критикует традиционную психиатрию за использование в качестве мерила нормальности стандартного образа человека отстраненное отношение врача к пациенту, приводящее к отсутствию взаимопонимания. Он отмечает, что поведение стандартного пациента является функцией стандартного психиатра и стандартной больницы. Для лучшего понимания пациента психиатр должен рассмотреть его экзистенциальную ситуацию.

Ряд авторов придерживаются более радикальных взглядов на шизофрению, отрицая ее наличие в целом. Это характерно, в частности, для итальянской психиатрии (Ф. Басаглиа, М. Ризо). Итальянская антипсихиатрия, в отличие от американской и английской, является движением более политическим, нежели научным. Она направлена на реорганизацию помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами, на защиту их прав. Шизофреническая реакция рассматривается как реакция на ненормальное (шизофреническое и капиталистическое) общество.

Представители *критической психиатрии* утверждают, что учение о психических болезнях нуждается не столько в новых фактах, сколько в переоценке старых концепций. Прежде всего, сомнению подвергается *позитивистский подход в психиатрии*. Как отмечает Д. Инглби, психиатр наблюдает за своими пациентами в той же манере, что и астроном за звездами, и это делает бесполезным любую психиатрическую теорию. Законы, управляющие людьми, не аналогичны тем, что управляют неодушевленными объектами. Для обозначения этого процесса он использует термин «реификация», т.е. овеществление. По мнению Инглби, психиатрические диагнозы не во всех случаях являются достоверными и обоснованными. Более того, в повседневной практике психиатрический диагноз являет-

---

[1] *Лэнг, Р.* Расколотое «Я» / Р. Лэнг. СПб., 1995.

ся, скорее, административным решением. Здесь используются некоторые положения подхода социального конструктивизма, согласно которому многие научные концепции, якобы опирающиеся на «непреложные факты», на самом деле социально обусловлены. Когда общество фиксирует определенное поведение и состояние индивида как «патологическое», тогда это поведение начинает обсуждаться в терминах болезни.

Сторонники *постпсихиатрии* указывают на необходимость демократизации области психиатрии, открытого обсуждения контекста, ценностей и практик медицины. Они отмечают опасную тенденцию к медикализации, т.е. к распространению концепций медицины на не имеющие отношения к проблемам здоровья и болезни сферы человеческой жизни.

Представители критического подхода не предлагают особых методов помощи отдельным больным, поскольку они выступают за обновление системы в целом, за изменение отношения общества к людям с психическими расстройствами, и, наконец, за модификацию основных постулатов относительно целей медицинской практики.

1.4.7. Социальный подход

В рамках *социального подхода* утверждается, что в развитии болезней наибольшую роль играет характер взаимоотношений индивида с микро- и макросоциальным окружением, а также культурные нормы и ценности.

К *микросоциальным влияниям* на здоровье можно отнести:

• раннюю депривацию вследствие неправильного поведения родителей, их потери и последующей институционализации. Негативную роль могут сыграть как отсутствие любви и заботы, так и недостаток перцептивной стимуляции, жестокое обращение, депривация физиологических потребностей;

• психическую травму детского возраста;

• особый стиль воспитания, что может быть связано с патологическими особенностями родителей (например, дети, чьи матери страдали депрессией, имеют повышенный риск развития этого расстройства), либо с их неопытностью;

• семейные разногласия и развод;

• проблемы со сверстниками;

• недостаток социальной поддержки.

К *макросоциальным факторам* в развитии психической патологии относят:

• низкий социально-экономический статус;

• дискриминацию и предубеждение;

• безработицу;

• особые социальные роли, которые предписано исполнять индивиду (обычно речь идет не столько о провоцирующем влиянии одной роли, сколько о противоречии между ними);

• резкие социальные перемены, вызывающие отсутствие уверенности в завтрашнем дне[1].

Культурные различия влияют на особенности переживания и проявления отдельных психических расстройств. Так, переживание депрессии жителями Китая связано с преобладанием соматических жалоб над психиатрическими. Идея вины более характерна для жителей Запада и т.п. Кроме того, существуют отдельные культурно-специфические синдромы заболеваний, такие как амок в Малайзии или виндиго среди индейцев Северной Америки. Необходимо обратить внимание и на то, что представления о нормальном и патологическом поведении также различаются в зависимости от культуры[2].

В целом можно заметить, что данный подход рассматривает реакцию стресса в качестве опосредующего звена в развитии заболеваний, концентрируясь при этом на рассмотрении социальных факторов уязвимости.

1.4.8. Интегративный подход в медицинской психологии: биопсихосоциальная модель

Постепенное развитие теоретических основ медицинской психологии привело ученых к осознанию того факта, что здоровье и болезнь определяются сложным взаимодействием большого количества биологических, психологических и социальных факторов, для рассмотрения которых необходимо использовать модели, основанные на принципах системного,

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

интегративного подхода. Одним из вариантов такого подхода является *биопсихосоциальная модель*, разработанная американским врачом Дж. Эйнджелом.

В 1977 г. в журнале «Science» выходит статья Дж. Эйнджела «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине», в 1980 г. – другая широко цитируемая публикация: «Клиническое применение биопсихосоциальной модели». Под «биомедициной» и «биомедицинским подходом» Эйнджел понимает такое отношение к проблемам здоровья и болезни, при котором признается безусловный приоритет биологических факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни. Помимо этого, биомедицинская модель использует линейную, механистическую концепцию причинности, в ней игнорируются личность, эмоциональное состояние и потребности пациента.

В основе биопсихосоциальной модели лежат принципы системного подхода. Это означает, что *здоровье* и *болезнь* рассматриваются здесь в *контексте сложной «иерархии натуральных систем»,* где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней. Например, терапевт на приеме взаимодействует с пациентом определенного пола, возраста, социального статуса. Это сразу дает ему возможность перейти на иной, высокий, уровень рассмотрения проблем клиента. Вопрос о том, сколько компонентов модели необходимо учитывать одновременно, Эйнджел оставляет на усмотрение самого клинициста. Каждый уровень системы имеет свои отличительные особенности и требует уникальных методов исследования. Нельзя изучать человека тем же способом, каким исследуются клетки или процессы в организме.

Эйнджел утверждает, что *самой очевидной характеристикой медицины является ее связь с человеком,* а медицинская практика представляет собой особую форму общественной активности, где и врач, и пациент выполняют предписанные им социумом роли. Потребностью больного является снятие связанного с болезнью дистресса, поэтому он обращается к врачу, которого считает компетентным в решении его проблем. Задачей врача является обнаружение причин плохого самочувствия пациента, чтобы затем выдвинуть и проверить свою гипотезу и провести соответствующие лечебные мероприятия. Дости-

жение этих целей возможно благодаря эффективной коммуникации, которая определяется действующими психосоциальными факторами. Именно этот *коммуникативный аспект медицинской практики* интересует Эйнджела в наибольшей степени, а наименьшее внимание он уделяет анализу всей системы уровней. Биопсихосоциальная модель графически представлена на рис. 1.3.

Рис. 1.3. Схематическое представление биопсихосоциальной модели

Признание за каким-то из компонентов ведущей роли противоречит тому пониманию причинности, которое было характерно для Эйнджела. Он утверждает, что здоровье и болезнь определяются множеством влияющих друг на друга факторов. Рассмотрим это на примере взаимосвязи стресса и ишемической болезни сердца. Считается, что хронический стресс может способствовать развитию нарушений в работе сердечно-сосудистой системы. В состоянии напряжения происходит интенсивное выделение холестерина в кровь, меняется тонус сосудов. В дальнейшем возможно развитие длительных нарушений кровоснабжения отдельных участков сердечной мышцы. Однако помимо стресса на работу сердечно-сосудистой системы оказывают влияние и другие факторы. К факторам биологического порядка можно отнести пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания. К факторам психологического поряд-

ка – особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы, к факторам социоэкономического порядка – род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей. Эти факторы не являются независимыми. Так, социальный статус может быть связан с рискованным или безопасным поведением, особенности обмена веществ – с уровнем стресса, эмоциональные нарушения могут быть вызваны тяжелыми социальными условиями, но одновременно, через межличностные конфликты, нарушения поведения они сами приводят к ухудшению социальной ситуации индивида. Ни один из факторов не может рассматриваться как «настоящая» или «единственная» причина болезни. Рассмотрим циклическую модель причинности на рис. 1.4. Как можно заметить, стресс в этой схеме является не главным фактором, а, скорее, опосредующим звеном в развитии болезни. Интегрирующую роль во всех этих процессах играет центральная нервная система.

Рис. 1.4. Понимание причинности в биопсихосоциальном подходе на примере модели развития ишемической болезни сердца

На примере больного, который перенес инфаркт миокарда, Эйнджел доказывает важность учета различных уровней биопсихосоциальной системы для достижения терапевтического

эффекта. Когда пациенту оказывали экстренную медицинскую помощь, поведение персонала (члены реанимационной бригады не смогли скрыть от него возникшие трудности) привело к увеличению чувства тревоги; этот коммуникативный аспект медицинского вмешательства был для пациента настолько важен, что способствовал ухудшению его физического состояния.

1.4.9. История развития и теоретические основы отечественной медицинской психологии

До 1920-х гг. отечественная медицинская психология развивалась в общем русле мировой психологической науки. Активно проводились исследования в области нейро- и патопсихологии, психоанализа, разрабатывались методики психологического исследования. К сожалению, эта плодотворная работа была на долгие годы приостановлена в результате политических репрессий 1930-х гг. и особенно после принятия в 1936 г. Постановления ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросса». В результате было блокировано формирование теоретических направлений, не соответствующих марксизму и ленинской теории отражения (психоанализ, бихевиоризм, гештальт-психология), прекратились многие прикладные исследования, были утрачены международные связи. Наконец, лично пострадали и психологи – одни были репрессированы, а другие лишились возможности продолжать профессиональную деятельность[1].

Однако и в этих тяжелых условиях медицинская психология продолжала развиваться. Проведенные Л.С. Выготским в 1920–1930-е гг. исследования способствовали развитию теории локализации психических функций и построению концепций отечественной дефектологии. Работы Б.В. Зейгарник, посвященные нарушениям мышления, легли в основу патопсихологии. А.Р. Лурия сформулировал основные положения современной нейропсихологии. В.Н. Мясищев создал оригинальную концепцию неврозов.

Общепсихологическими теориями, использованными для развития концепций отечественной медицинской психологии, явились теория деятельности и теория развития высших психических функций. На их основе проводились патопсихологи-

[1] *Золотова, Н.В.* Личность и жизненный путь Б.В. Зейгарник / Н.В. Золотова // Методология и история психологии. Т. 2. Вып. 2. 2007.

ческие исследования, строились классификации нарушений личности и психических процессов при различных заболеваниях, решалась проблема взаимосвязи мозга и психики.

Вместе с тем, прогрессирующая биологизация советской психиатрии привела к тому, что психологи утратили свои позиции в клинике. Они перестали иметь возможность проводить диагностические исследования и тем более – заниматься оказанием психологической помощи в полном объеме (см. главу 1.2). Особенно ухудшилось их положение после Объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук СССР, состоявшейся в 1950 г. и провозгласившей необходимость перестройки психологии и медицины на основе теории высшей нервной деятельности И.П. Павлова. Известные психиатры Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева так характеризовали психиатрию последующего десятилетия:

«Психологические подходы в процессе диагностики, лечения и объяснения механизмов развития психических нарушений были запрещены и …исключены из практики психиатров. …Попытки установить более или менее неформальный контакт с психически больными пациентами критиковались как «непрофессиональная психологизация» (*Короленко, Ц.П.* Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. М., 2000. С. 11–12).

Возрождение отечественной медицинской психологии началось в середине 1960-х гг. Вновь открываются психологические лаборатории в клиниках, организуется подготовка психологов в Московском, Ленинградском, а затем и других университетах, с успехом проходят защиты кандидатских и докторских диссертаций. Усиливается интерес медицинских работников к психологическим аспектам лечебного процесса. Проводятся психологические исследования по проблемам шизофрении, психосоматических расстройств, неврозов, алкоголизма, суицидов, разрабатываются новые методы нейропсихологической диагностики и реабилитации, наконец, начинает развиваться психотерапия.

Резюме

Внутри медицинской психологии можно выделить несколько теоретических подходов к рассмотрению проблем здоровья и болезни: биологический, психоаналитический, по-

веденческий, когнитивный, экзистенциальный, гуманистический, критический, социальный, интегративный. Все они различаются пониманием того, какие психологические факторы играют главную роль в процессе развития болезни и выздоровления. Каждый из подходов представляет собой не только совокупность научных идей, но и особое направление психологической помощи больным.

Литература

Паттерсон, С. Теории психотерапии / С. Паттерсон [и др.]. СПб., 2003.

Три взгляда на случай Эллен Вест: Л. Бинсвангер, Р. Мэй, К. Роджерс // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 3.

2. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

2.1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

2.1.1. Особенности патопсихологического исследования

Патопсихология изучает нарушения личности и психической деятельности при различных заболеваниях, исходя из закономерностей развития и структуры психики в норме, а также выявляет психологические факторы, связанные с возникновением данных расстройств. Основным методом сбора информации о нарушениях личности и психической деятельности является специально организованное патопсихологическое исследование.

Как полагают отечественные психологи, патопсихологическое исследование представляет собой особый психологический (лабораторный) эксперимент, в котором в контролируемых условиях исследуется состояние психики больного[1]. При этом ситуацию *естественного эксперимента* создает сама болезнь[2]. К о н т р о л и р у е м ы м в патопсихологическом исследовании факторам относят:

- темп проведения исследования;
- порядок предъявления методик;
- время проведения исследования;
- особенности контакта с психологом (эмоциональный фон, обратная связь);
- мотивировку заданий, сообщаемых испытуемому;
- изменение способа выполнения задания.

Варьируя условия, психолог наблюдает за тем, как изменяется поведение больного, и делает соответствующие выводы. По мнению *Б.В. Зейгарник*, необходим *качественный анализ* данных патопсихологического исследования, т.е. выявление психологических механизмов нарушений психической деятельности, построение целостной характеристики личности больного[3].

---

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология / Б.В. Зейгарник. М., 1999.

[2] *Белопольская, Н.Л.* Задачи патопсихологии и понятие психической нормы / Н.Л. Белопольская // Патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

[3] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

Российский психолог *Н.Л. Белопольская* считает главной особенностью патопсихологического исследования его направленность на дифференциацию нормы и патологии, а также на определение психологической структуры дефекта.

Патопсихологическое исследование может проводиться с различными *целями*:

- дифференциальная диагностика (между двумя какими-то заболеваниями),
- общая оценка личности и психических процессов в случае первого поступления больного в клинику;
- оценка эффективности проведенного лечения;
- оценка возможностей и необходимого направления психотерапии;
- психологическая экспертиза (судебная, трудовая, воинская);
- определение задач психологической реабилитации.

Пациент попадает на патопсихологическое исследование по направлению врача; врач формулирует основные задачи исследования (например, изучить состояние познавательных процессов, определить степень и особенности эмоциональной декомпенсации). Результаты исследования психолог передает лечащему врачу, он также может обсудить их с самим больным, а при обследовании несовершеннолетнего – с его родителями. Для всех остальных лиц эта информация является закрытой, на нее распространяется принцип соблюдения врачебной тайны. В некоторых случаях психолог проводит исследование по собственной инициативе, например в процессе психологического консультирования.

Есть вопросы, на которые психолог не может ответить, опираясь на результаты исследования, и которые врач, соответственно, не может ставить перед ним. Это вопросы о конкретном диагнозе (в процессе диагностики патопсихологическое исследование является лишь одним из ее этапов). Психолог также не решает самостоятельно вопросы о вменяемости пациента, его трудоспособности, профессиональной пригодности, освобождении от службы в армии, возможности получения водительских прав, снятия с диспансерного учета.

Патопсихологическое исследование не может проводиться в следующих случаях:

- пациент отказывается от него;
- контакт с пациентом затруднен из-за дефектов сенсорной сферы (например, пациент – глухонемой). В этом случае его

должен обследовать психолог, который является специалистом не только в области патопсихологии, но и в области специальной психологии;

• пациент находится в тяжелом физическом состоянии, и психолог предполагает, что обследование может утомить его, ухудшить состояние;

• пациент находится в состоянии опьянения;

• пациент находится в остром психотическом состоянии, проявляет физическую агрессию.

Психолог должен соблюдать определенные требования техники безопасности, особенно в работе с психотическими, агрессивными и суицидально настроенными пациентами. Следует обращать особое внимание на соответствующие пометки в медицинских картах. Рабочее место психолога должно быть организовано таким образом, чтобы он в любой ситуации имел доступ к выходу из комнаты. Режущие и другие представляющие опасность предметы должны быть убраны со стола, ключ не следует оставлять в двери. Если психолог полагает, что больной способен на агрессивные действия, он может также пригласить в кабинет коллегу, санитара, оставить дверь в кабинет приоткрытой.

Патопсихологическое исследование начинается с предварительного знакомства с медицинской картой. Необходимо поинтересоваться жизненной историей больного, его предшествующими госпитализациями и обследованиями. Таким образом, психолог может сопоставлять полученные данные с записями в карте, что будет способствовать выявлению диссимуляции и нарушений памяти.

Беседа с больным не только служит целям установления контакта и информирования пациента о задачах исследования, но выполняет и важную диагностическую функцию. В ней выясняется эмоциональное состояние больного, жалобы, степень критичности к имеющимся нарушениям, особенности речи, ориентировка в месте, времени, собственной личности, планы на будущее, манера общения и т.п. Беседа должна иметь клиническую направленность, т.е. способствовать выявлению симптомов болезни. Необходимо фиксировать результаты беседы в протоколе[1].

---

[1] Подробно см. работу: *Соммерз-Фланаган, Дж.* Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган. М., 2002.

Перед проведением исследования психиатру необходимо составить план работы, отобрать диагностические методики. Украинский психиатр и психолог *В.М. Блейхер* считает оптимальным использование пяти-семи методик[1]. Однако залогом успешно проведенного исследования является не количество методик, а грамотность их подбора. Они должны быть направлены на изучение различных психических процессов, при этом желательно, чтобы один и тот же процесс изучался несколькими методиками. Несмотря на то что врач обычно «заказывает» психологу анализ одной-двух психических функций, все же необходимо стремиться проводить комплексное обследование. Это существенно облегчит задачу написания заключения.

В ходе патопсихологического исследования ведется протокол, который является важнейшим документом диагностической работы психолога. В протоколе отмечается не только результат выполнения методик, но и общий ход исследования, поведение испытуемого, данные наблюдения. По окончании исследования психолог составляет заключение (правила ведения протоколов по конкретным методикам рассматриваются в *Приложении 1*).

Для психологов, работающих в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь, существуют следующие временные нормы проведения патопсихологических исследований: реальное время приема – 1–1,5 ч – общая нагрузка – 3 ч (учитывается время, необходимое для составления заключения). Не рекомендуется проводить исследование дольше полутора часов, особенно с ребенком или же с ослабленным больным. Если пациент находится в стационаре, рекомендуется разбить патопсихологическое обследование на несколько дней, это, кстати, позволит оценить динамику его состояния.

Как и во всей своей работе, психолог должен соблюдать этические принципы при проведении обследования: быть вежливым и тактичным, относиться к больному с уважением, как к личности, а не как к носителю симптомов, не допускать снисходительного и высокомерного тона. Следует помнить, что больной соглашается пройти обследование, но он не обязан этого делать. Часто отказ больного от работы, его агрессивное поведение могут быть ответом на поведение психолога, особенно на этапе установления контакта. Больной имеет

---

[1] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. Киев, 1986.

право знать, зачем проводится обследование и каковы его основные результаты. Необходимо побеседовать и с родственниками больного, которые часто испытывают сильную тревогу по поводу его состояния, не знают, как ему помочь.

2.1.2. Нарушения сознания

Б.В. Зейгарник отмечает, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философские или психологические концепции, а является, скорее, «рабочим»[1]. Сознание рассматривается как фон, на котором протекают все формы психической деятельности. Критериями сохранности или нарушения сознания являются степень ориентировки в собственной личности, месте, времени и окружающих лицах[2]. Психиатры предлагают выделять *психотические* и *непсихотические* формы нарушений сознания. При этом они используют признаки расстройства сознания, выделенные К. Ясперсом в начале XX в.: отрешенность от окружающей действительности; дезориентировка; бессвязность мышления и ослабление способностей к формированию адекватных суждений; полная или частичная амнезия периода помраченного сознания.

Оглушенное состояние сознания. Оглушенное состояние сознания характерно для различных по этиологии поражений головного мозга, которые носят острый характер – инфекций, отравлений, черепно-мозговых травм. У пациента в этом состоянии повышаются пороги действия внешних раздражителей, затрудняется образование ассоциаций, отсутствует реакция на слабые стимулы, например, на вопросы, заданные тихим голосом. Они молчаливы, безучастны к окружающей обстановке, малоподвижны, аспонтанны, легко впадают в сон. Предоставленные сами себе, подолгу находятся в одной позе. Ориентировка в окружающем нарушена. Настроение может быть различным: от апатии до эйфории. Оглушенное состояние сознания, как правило, длится от нескольких минут до нескольких часов[3].

---

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

[2] *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология / К.В. Шелыгин, И.В. Якушев. Архангельск, 2007.

[3] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

Делирий, или галлюцинаторное помрачение сознания. Характеризуется множественными нарушениями восприятия (иллюзиями, галлюцинациями), наплывами ярких представлений и обрывков воспоминаний. Характерна ложная ориентировка во времени и пространстве. Больной возбужден, говорлив, эмоционально напряжен и захвачен обманами восприятия, из-за чего контакт с ним затруднен. Мышление хаотичное (пример 2.1). Отмечается при поражениях головного мозга, при тяжелых инфекциях, других соматических заболеваниях, в постинтоксикационном периоде при алкоголизме, при отравлениях[1].

Пример 2.1. **Состояние синдрома отмены, осложненное делирием**

«Во время очередного запоя испытуемый вечером пошел на работу с целью одолжить денег у сослуживцев. По дороге ему стало казаться, что за ним кто-то бежит, он начал прятаться за углами домов. Прибежав на работу, закрылся в одном из помещений, никого к себе не пускал …Раздевался, ложился на пол …брал тяжелые предметы и бросал их в «кого-то», при этом кричал: «Вот гвоздь, забивай дальше, он не выскочит» …В помещении видел крыс, чертей, которые выбегали из-под стены и мимо него маршировали колонной по пять в каждом ряду, а впереди них шел командир …Решил всех крыс …сжечь, нашел ацетон, облил им стены и поджег помещение» (*Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия / Г.В. Морозов [и др.]. М., 1971. С. 325–326).

Онейроидное, или сновидное состояние сознания. В сознании пациента возникают яркие чувственные представления фантастического характера: межпланетные путешествия, гибель земли и городов и т.п. Б.В. Зейгарник пишет, что в этих фантазиях причудливо преломляется то, что больной читал и видел. Онейроид может протекать как при полном отсутствии ориентировки в месте и времени, собственной личности, так и при наличии феномена «двойной ориентировки»[2]. В последнем случае больной одновременно понимает, что он находится в больнице, но рассматривает себя как участника фантастических событий, которые он наблюдает. Образно выражаясь, при онейроиде больной сидит в партере, в то время как при

---

[1] *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

делирии играет на сцене[1]. Продолжительность онейроида может исчисляться неделями и даже месяцами. Он является признаком психотического состояния, встречается при шизофрении, энцефалитах, эпилептических психозах.

Пример 2.2. Онейроидное состояние при шизофрении

Пациентка целыми днями сидит в углу, ни к чему не проявляет интерес, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами начинает смеяться без повода. На короткое время пробуждается, как от сна, дает несколько односложных ответов. Удается выяснить, что больная не знает, где находится, потеряла счет времени. Впоследствии состояние улучшилось. Рассказала, что все это время жила в сказочном мире. Казалось, что находится на берегу моря. Лезла на высокую гору. Вокруг домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Далее шла по лесу, видела перед собой трубу из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Было интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается, как сон – «виденного так много, что все не перескажешь» (*Шелыгин, К.В.* Общая психопатология. С. 86).

Сумеречное состояние сознания. Характеризуется резким сужением объема сознания. Внешние раздражители либо вообще не доходят до сознания больного, либо доходят не полностью. Длится недолго, наступает внезапно и так же внезапно прекращается. Приступ может заканчиваться глубоким сном, с амнезией на момент приступа. Во время сумеречного состояния больные сохраняют способность к автоматическим действиям (пример 2.3). Их внимание, как правило, приковывается к одному объекту. Может наблюдаться в психотической и непсихотической форме. Для психотической формы характерны галлюцинации и бред.

Пример 2.3. Состояние амбулаторного автоматизма при эпилепсии

«Больной ...забирал все бывшие в доме деньги и ехал в магазин «Авторучка». Купив там на все деньги автоматические ручки и выйдя из магазина, тут же раздаривал их встречающимся детям. Раздав все ручки, он возвращался домой. Никаких воспоминаний о проделанном у него не сохранялось» (*Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия / Г.В. Морозов [и др.]. М., Юридическая литература. 1971. С. 213).

---

[1] *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология.

Сумеречное состояние сознания может наблюдаться при эпилепсии, других органических поражениях головного мозга, после внезапных психических травм.

Аменция. Аменция относится к числу наиболее глубоких помрачений сознания. Характеризуется бессвязностью мышления, отсутствием осмысленного отношения к окружающему, распадом самосознания. Больной полностью дезориентирован в месте, времени и собственной личности, растерян, пуглив. Наблюдаются различные обманы восприятия, отрывочные бредовые переживания. Контакт с больным затруднен или вообще невозможен, его действия хаотичные, бесцельные. Возникновение аменции является показателем чрезвычайно тяжелого соматического состояния больного[1].

Выявление нарушений сознания и определение их типа происходит посредством наблюдений за поведением пациента.

2.1.3. Нарушения восприятия

В медицинской психологии принята следующая классификация нарушений восприятия[2]:

- агнозии;
- обманы чувств (иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации);
- нарушения регуляции деятельности восприятия.

Агнозия – нарушение восприятия, при котором делается невозможным адекватное опознание объекта. Агнозии возникают вследствие различных по этиологии (травма, опухоль, инфекция, сосудистые расстройства) поражений задних отделов коры головного мозга. Выделяют зрительные, слуховые, тактильные агнозии, а также соматоагнозию. При агнозиях восприятие больных становится фрагментарным, а узнавание – ошибочным, при этом способность к формированию ощущений соответствующей модальности сохраняется (пример 2.4).

При зрительной предметной агнозии больной не может опознать изображение или реальный предмет, предъявляемый в зрительном поле, однако способен правильно назвать его признаки. При слуховой агнозии, вызванной поражением левой височной области коры, нарушается восприятие фонем, в резуль-

---

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. /А.С. Тиганов [и др.]. М., 1999.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

тате чего становится невозможным восприятие речи на слух. Больной слышит звуки, но не понимает их смысла. При тактильной предметной агнозии пациент не может опознать предметы на ощупь[1]. Приведем несколько типичных примеров агнозий.

Пример 2.4. Различные виды агнозий

Лицевая и зрительная предметная агнозия

Профессор П. …преподавал музыку в консерватории. Именно там, на занятиях, впервые стали проявляться некоторые его странности. Случалось, в класс входил ученик, а П. не узнавал его, точнее, не узнавал его лица. Стоило при этом ученику заговорить, как профессор тут же определял его по голосу. Такое случалось все чаще, приводя к замешательству, смятению и испугу – а нередко и к ситуациям просто комическим. Дело в том, что П. не только все хуже различал лица, но и начинал видеть людей там, где их вовсе не было: то …он принимал за ребенка и гладил по голове пожарный гидрант или счетчик на автостоянке, то обращался с дружескими речами к резным мебельным ручкам, изрядно удивляясь затем их ответному молчанию (Сакс, О. «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. Спб., 2006. С. 28–29).

Буквенная агнозия

Господин С., торговец текстилем на пенсии, до 68 лет чувствовал себя совершенно здоровым. Однажды, подойдя к тумбе с афишами, он понял, что не может прочесть ни одного слова, при этом говорить и понимать речь он, как и ранее, способен. По памяти С. мог писать все, что угодно, но не способен был прочесть написанное (Code, 2003).

Соматоагнозия

Пациентка страдала от левой гемиплегии (односторонний паралич конечностей, в данном случае – с левой стороны). Память, мышление и эмоции были сохранны. По контрасту с этим, женщина полностью игнорировала свой дефект, никогда на него не жаловалась. Если ее просили совершить движение правой рукой, то она немедленно выполняла команду, если левой – то она оставалась совершенно спокойной и неподвижной, как если бы это говорили не ей. При этом ощущения в левой руке не были полностью потеряны, и иногда пациентка жаловалась на боль в левом плече (Code. 2003).

Иллюзии восприятия – искаженное восприятие предметов или явлений. Иллюзии восприятия часто возникают и у здоровых людей. В этом случае они объясняются либо физическими характеристиками среды, либо психологическими

---

[1] *Лурия, А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. М., 1969.

закономерностями восприятия. К числу патологических иллюзий восприятия относят: *дисморфопсии* – искажения в восприятии формы, размеров или отдельных деталей предмета; *парейдолии* – ложные изображения при восприятии предмета, например в рисунке обоев видятся гримасничающие лица, города, фантастические пейзажи; *вербальные иллюзии* – подмена слов, вместо слов, которые произносят окружающие, больной слышит обвинения, угрозы и пр.; *аффективные иллюзии* – например, в складках одеяла пациент видит притаившегося убийцу, вместо звона слышит щелканье затвора; *гипер-, гипо-, парестезии*[1] у больных с депрессией, диссоциативными и тревожными расстройствами – например, фрагментарные анестезии (выпадение чувствительности по типу полос, лент, пятен, перчаток), гиперстезии. В последнем случае даже незначительный стимул может вызвать боль, раздражительность[*].

Иллюзии могут наблюдаться как при органических поражениях мозга, так и при расстройствах настроения, тревожных и диссоциативных расстройствах, психозах. Причиной органических иллюзий являются нарушения в работе головного мозга. Другими факторами возникновения иллюзий могут являться аффективная настроенность человека, особое содержание его мышления, измененное состояние сознания. Таким образом, в отличие от агнозий при иллюзиях возникает целостный образ предмета, но он искажен.

Галлюцинации – психопатологические феномены, при которых перцептивные образы возникают в отсутствие реального внешнего раздражителя. Галлюцинаторный образ проецируется больным во внешнее пространство, он относится к этому образу как к реальному объекту и не может отличить его от других предметов. В некоторых случаях галлюцинации могут интерпретироваться больным в рамках его бреда[2]. Гал-

---

[1] См.: *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология; *Абабков, В.А.* Клиническая психология / В.А. Абабков [и др.]. СПб., 2006; *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология.

[*] Несмотря на то что многие психиатры относят эту последнюю разновидность к элементарным сенсорным расстройствам, мы полагаем возможным рассмотреть ее как иллюзию из-за сильной связи этих нарушений с эмоциональным состоянием, прошлым опытом и мышлением человека. Фактически, здесь можно говорить об искаженном восприятии обычных физиологических процессов.

[2] *Каплан, Г.И.* Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. М., 1998.

люцинации бывают различных видов и модальностей: зрительные, слуховые, обонятельные и др. (пример 2.5). Скажем, больной с алкогольным делирием видит на некотором расстоянии от себя фигуры людей или неодушевленные предметы, но они исчезают или удаляются при попытке приблизиться к ним.

Пример 2.5. Смешанные галлюцинации у больной шизофренией

Больная в зеркале увидела, что из глаз «сыплются искринки» и появились гнойные выделения из обоих глаз. …Помимо слезоточения, болезненности глаз, ощущения тепла и сухости на коже, появились странные пятна на груди и спине. Чувствовала, что в квартире возникло сильное магнитное поле, что она стала вся «наэлектризованная». Обратила внимание на то, что начало меняться ее лицо – выпадали зубы, несколько деформировалась нижняя челюсть, изменились ушные раковины, которые стали более жесткими. Ощущала также давление на мочевой пузырь, в результате чего было учащенное мочеиспускание, стали беспокоить запоры. Испытывала неопределенные боли в эпигастральной области. … По ночам было нечем дышать, открывала окна и двери, выходила на лестничную площадку. Видела, как от ее прикосновений и от ее глаз бумага становилась «жесткой», записная книжка, которой она пользовалась постоянно, «искорежилась». За четыре дня до госпитализации почувствовала запах газа от плиты, перестала ею пользоваться, питалась у соседки (*Магалиф, А.Ю.* Поздний дебют / А.Ю. Магалиф // Независимый психиатрический журнал. 2008. № 2. С. 24–25).

Во многих случаях содержание галлюцинаторных образов отражает переживания и жизненный опыт больного. Галлюцинации могут возникать вследствие опухоли головного мозга (по принципу раздражения), при отравлениях как результат серьезных психических травм (в картине реактивного психоза), при шизофрении, эпилепсии, алкогольных психозах.

Псевдогаллюцинации возникают, как правило, вне помрачения сознания и тесно связаны с расстройствами мышления. В отличие от галлюцинаций они лишены чувства естественности. Больной не рассматривает эти образы как реальные объекты. Как правило, псевдогаллюцинаторный образ либо интроецируется больным, либо проецируется им в пространство, недоступное для чувственного восприятия[1]. Псевдогаллюцинации отличаются стойким, непрерывным характером, сопро-

---

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

вождаются чувством навязчивости, насильственности. Несмотря на то что больной воспринимает псевдогаллюцинаторные образы как неестественные, он относится к ним без должной критики и не способен их контролировать. Типичными примерами псевдогаллюцинаций являются «голоса», которые больной слышит внутри головы, некие звучащие мысли и пр. Вместе с тем, псевдогаллюцинации могут относиться и к другой модальности (пример 2.6). Псевдогаллюцинации возникают при различных психозах, в частности при шизофрении.

Пример 2.6. Псевдогаллюцинации

Больная перед стеной видит портреты рыцарей, сменяющиеся в определенном порядке, при повороте головы портреты следовали за ней (*Рыбальский, М.И.* Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации: систематика, семиотика, нозологическая принадлежность / М.И. Рыбальский. М., 1989). Другой пациент «последние два-три года каждый вечер слышит в голове голос человека, который называет себя бывшим начальником. Голос этот воспринимает мысленно, отмечает, что он не похож на реальные человеческие голоса» (*Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия. С. 153).

Нарушения регуляции деятельности восприятия проявляются в нарушении осмысленности и подконтрольности перцептивных процессов. В данном случае ошибки восприятия объясняются проблемами концентрации внимания, импульсивностью больного, склонностью при опознании ориентироваться на случайные признаки, патологией мотивационной сферы, приводящей к снижению продуктивности деятельности. При этом потенциально способность к восприятию остается сохранной. Заметим, что подобные нарушения будут проявляться и во всем поведении человека. Так, пациент с поражением лобных долей допускает ошибки в опознании предметов, поскольку следует единожды возникшим стереотипам (пример 2.7) или ориентируется на случайные признаки объектов.

Пример 2.7. Больной с травмой черепа в левой лобной области

Называние отдельных предметов доступно, однако при необходимости длительного переключения в назывании серии или сразу нескольких предметов следуют грубые ошибки. При предъявлении рыбы больной ее опознает, затем ему показывают карточку с лошадью. Больной говорит: «Это окунь … обычное окуневое… лошадь». Далее следуют карточки с

изображениями свиньи, часов, парохода. Комментарии больного: «Рыбное сознание ...сачок ...рыбное создание ...сачковая рыба» и т.п. (*Лурия, А.Р.* Нейропсихологический анализ сознательной деятельности / *А.Р. Лурия* // Мозг человека и психические процессы. Т. II. М., 1970. С. 395).

Часто при лобном синдроме больные дают ответ не вследствие анализа стимула, а подменяют его воспроизведением случайных ассоциаций.

Пример 2.8. Восприятие сюжетных картин при лобном синдроме

«Такие больные, увидев картину Клодта «Последняя весна» (изображающую умирающую девушку, сидящую в кресле и старых родителей, тревожно рассматривающих ее...), оценивают ее как «свадьбу» по признаку белого платья или изображение «царицы Тамары» (по южным грузинским чертам девушки)... Подлинный анализ заменяется здесь побочными ассоциациями, вызванными отдельными фрагментами картины ...В некоторых случаях ...мы наблюдали дефекты понимания выразительных моментов картины» (*Лурия, А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. М., 1969. С. 279).

Помимо лобного синдрома нарушения мотивационного компонента восприятия могут наблюдаться при других органических поражениях мозга, связанных с развитием слабоумия (здесь картина может быть похожа на лобный синдром), при расстройствах настроения при шизофрении, при эпилепсии. В своем экспериментальном исследовании российский психолог Е.Т. Соколова показала, как инструкция, которую получает испытуемый перед предъявлением изображения, меняет характер восприятия. При этом, если у здоровых людей восприятие улучшается, у больных шизофренией и эпилепсией наблюдаются нарушения, связанные с патологией мотивационной сферы. При шизофрении экспериментатору вовсе не удается мотивировать испытуемого, а при эпилепсии больной, который не способен существенным образом улучшить свое восприятие вследствие интеллектуальных и динамических нарушений, пытается достичь цели за счет чрезмерной детализации и многословия[1].

---

[1] *Соколова, Е.Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии / Е.Т. Соколова. М., 1976.

Исследование восприятия начинается с анализа жалоб и поведения больного. Очень часто пациенты, у которых отмечаются расстройства в виде агнозий, указывают на появившиеся проблемы со зрением и слухом. Однако в дальнейшем удается выяснить, что элементарные сенсорные функции (например, острота зрения) у них сохранны. А.Р. Лурия описывает случаи, когда больной с нарушением восприятия фонем просил экспериментатора говорить «громче и медленнее», но все равно не мог понимать речь на слух[1]. Следует учитывать, что нарушения зрительно-пространственного восприятия, помимо формализованных методик, могут проявляться в неуверенной ориентировке больного в пределах клиники, в частичной потере навыков самообслуживания, а нарушения кожно-кинестетической перцепции – в неуверенных и неловких движениях, особенно при манипуляциях с мелкими предметами.

Наличие иллюзий, галлюцинации и псевдогаллюцинаций можно выявить лишь на основе данных наблюдений и бесед с больными, поскольку специальных психологических методик для их установления не существует. Больной, у которого на момент исследования имеются галлюцинации и псевдогаллюцинации, напряжен, захвачен этими патологическими образами, пытается с ними взаимодействовать, малодоступен контакту, может быть сильно встревожен или агрессивен.

Исследование зрительного восприятия включает в себя пробы на узнавание (в порядке возрастания сложности) реальных предметов, реалистических, контурных, перечеркнутых, конфликтных и наложенных друг на друга изображений. Необходимо проверить узнавание лиц, цветов, ориентировку в пространстве (определение пространственных координат: правое – левое, спереди – сзади и т.п., оценка времени по часам, понимание карт и схем). Важными методами диагностики зрительного и зрительно-пространственного восприятия являются задания на рисование и письмо. *Для исследования слухового восприятия* делают пробы на оценку и воспроизведение ритмов, узнавание мелодий, различение фонем и бытовых звуков (локализация и отнесение их к определенному предмету). *При исследовании кожно-кинестетического восприятия* больной получает задания на определение локали-

[1] *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга.

зации и различение прикосновений, узнавание объектов на ощупь, перенос и оценку позы, пробы на артикуляцию звуков, проверку «чувства Ферстера» (узнавание фигур и цифр, написанных на коже)[1].

Оценивая состояние перцептивных функций, следует учитывать, что при относительно негрубых повреждениях коры мозга расстройства восприятия проявляются лишь на фоне истощаемости. Кроме того, у больных с нарушениями личностно-мотивационной сферы (шизофрения, психопатия, лобный синдром) расстройства восприятия отчетливее всего будут заметны, если задание выполняется путем сознательной и целенаправленной перцептивной деятельности.

2.1.4. Нарушения памяти

Память является сложным психическим процессом, включающим обработку, запечатление, хранение и воспроизведение информации. Нарушения могут затрагивать каждый из этих этапов. Работа памяти осуществляется на различных уровнях: с включением сознательной регуляции или автоматически, с привлечением или без привлечения специальных средств, поэтому неудивительно, что существует большое количество классификаций нарушений памяти и терминов, описывающих эти нарушения.

Жалобы на состояние памяти типичны не только для больных, но и для вполне здоровых людей. Однако эти жалобы, сходные по содержанию (забывание намеченных дел, невозможность произвольно воспроизвести информацию, затруднения при усвоении новой информации), вызваны совершенно разными причинами. У здоровых людей мнестические дефекты проявляются в результате повышенной утомляемости, дефектов внимания, эмоциональных проблем. Они носят временный характер, не прогрессируют, человек относится к ним с достаточной критикой и может их компенсировать за счет нужной организации своей деятельности.

Ниже мы остановимся на наиболее часто встречающихся в литературе подходах к описанию и интерпретации мнестических расстройств.

---

[1] Подробно с методами исследования отдельных видов восприятия можно ознакомиться в учебнике: *Хомская, Е.Д.* Нейропсихология / Е.Д. Хомская. М., 1987, С. 260–275.

Можно классифицировать нарушения памяти в зависимости от вызвавшей их причины. При психических заболеваниях существует два основных фактора возникновения мнестических расстройств: *эмоциональный шок* и *поражение головного мозга*[1]. Психогенные нарушения памяти типичны для диссоциативных расстройств, а также для посттравматического стрессового расстройства. Нарушения памяти вследствие поражения головного мозга характерны для большой группы органических расстройств: последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия, болезнь Альцгеймера, церебральный склероз, опухоли головного мозга, менингиты, энцефалиты и т.п.

По модальности информации выделяют модально-специфические и модально-неспецифические нарушения памяти. Модально-специфические нарушения связаны с дефектами памяти в одной модальности – зрительной, слуховой, тактильной и т.п. Они возникают при поражении центральных отделов анализаторов (затылочной, височной, теменной областей коры). Соответственно выделяют нарушения зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной и двигательной памяти. Обычно модально-специфические нарушения памяти наблюдаются в одном синдроме с нарушениями восприятия, однако случается и так, что нарушения в работе коры проявляются только в виде мнестических дефектов (что рассматривается как слабая степень выраженности расстройства[2]). *Модально-неспецифические нарушения памяти* возникают при поражениях подкорковых структур мозга, из которых наиболее важными для работы памяти являются гиппокамп, гипоталамус, гипофиз, лимбическая система, а также медиальные и базальные отделы лобной и височной коры. При поражении подкорковых структур память страдает одинаково во всех модальностях, наиболее сильно нарушаются произвольное воспроизведение материала, эпизодическая и кратковременная память[3].

---

[1] См.: *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002; Bootzin. Abnormal psychology: Current perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York. 1988.

[2] *Хомская, Е.Д.* Нейропсихология.

[3] *Корсакова, Н.К.* Клиническая нейропсихология / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. М., 1988.

П о   к л и н и ч е с к и м   п р и з н а к а м можно выделить следующие нарушения памяти:

• *амнезии* – отсутствие памяти на какое-то событие или период жизни;

• *гипомнезии* – недостаточность памяти, как правило, проявляющаяся в сужении ее объема и трудностях произвольного воспроизведения;

• *гипермнезии* – болезненное усиление памяти с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений, чаще всего наблюдается при маниакальных состояниях, в активном периоде развития бреда;

• *парамнезии* (извращение памяти). Представляют собой неоднородную группу нарушений, включающую: а) *конфабуляции* – ложные воспоминания, например о событии, которого не было вообще или не было в тот период, к которому относится воспоминание. В психологических методиках конфабуляции проявляются в том, что испытуемый воспроизводит какие-то элементы (например, слова), которые ему не предъявлялись. Некоторые ученые связывают конфабуляции с неосознанными попытками заполнить провалы в памяти. Появление большого числа конфабуляций отражает нарушение осознанного контроля над процессом воспроизведения; б) *криптомнезию* – синдром расстройства памяти, при котором стирается грань между реально пережитыми больным событиями и теми событиями, о которых он слышал от окружающих или читал, или видел во сне. Либо наоборот, реальные события воспринимаются как нереальные; в) *идентифицирующие парамнезии* – феномены уже виденного, уже пережитого (*дежа вю*)[1].

Если принять за основу классификации понимание памяти как психической деятельности, то ее нарушения можно разделить на следующие группы:

• снижение объема запоминания;

• нарушение организации мнестической деятельности;

• изменение динамики запоминания.

Эта классификация подробно рассматривается в работе Б.В. Зейгарник «Патопсихология» (см. список рекомендуемой литературы в конце главы).

П о   х а р а к т е р у   з а п о м и н а е м о й   и н ф о р м а ц и и различают нарушения семантической и эпизодической памя-

[1] См.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология.

ти. Запоминание информации с целью ее перевода в долговременную память связано, прежде всего, с работой *семантической* памяти. В семантической памяти содержатся понятия, правила и абстрактные идеи, она организует знания человека в систему. *Эпизодическая память* получает и хранит информацию о датированных во времени эпизодах и событиях, о связях между ними (например, первая встреча с каким-то человеком). Она составляет основу опознания событий, людей и мест, встречавшихся в прошлом. И эпизодическая, и семантическая память относятся к системе долговременной памяти.

Процесс воспроизведения информации подразумевает ее поиск в эпизодической памяти. Если спросить человека, как перевести какое-то слово на иностранный язык, который он изучал, память сначала вводит это слово на «воспроизведение в качестве события» в эпизодическую память. Когда мы запоминаем ряд слов, то семантическая память не играет большой роли. Нам нужно сохранить информацию об этом задании в эпизодической памяти (особым образом закодировать ее там эпизодическими маркерами). В исследованиях показано, что у больных с органическими расстройствами памяти отсутствует эпизодическая маркировка сохраненной информации. Поэтому у них грубо нарушено произвольное (после паузы, превышающей временные резервы кратковременной памяти) воспроизведение информации, однако возможны спонтанные реминисценции – хорошее отсроченное воспроизведение того, что первоначально невозможно было припомнить произвольно. Также показано, что у больных с органическими поражениями мозга (показательный пример – болезнь Альцгеймера) сначала нарушается эпизодическая память и лишь затем кратковременная и семантическая.

Данные нейропсихологических исследований позволяют подтвердить наличие двух типов долговременной памяти. Активация коры является основой для сохранения новой информации. Однако для запоминания ситуации предъявления информации требуется ее специальная индексация (с помощью так называемого гиппокампального индекса). Семантическая память в большей степени связана с работой коры мозга, а эпизодическая – с работой подкорковых структур[1].

---

[1] *Климеш, В.* Нарушения памяти / В. Климеш // Клиническая психология; под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.

При некоторых психических заболеваниях страдает не память сама по себе, а, скорее, *организация процессов запоминания* и *воспроизведения*. Поведение таких больных может создать обманчивое впечатление, что у них расстройство памяти. Например, пациенты с шизофренией говорят невпопад, депрессивные больные заторможены и малопродуктивны во всех видах деятельности, в том числе и в мнестической, у больных с маниакальными состояниями обнаруживается скачка идей и нарушение внимания. Больные с умственной отсталостью отличаются слабой способностью к опосредованию процесса запоминания. В этих случаях нарушение памяти является вторичным по отношению к основному расстройству.

Исследование памяти имеет важное значение в патопсихологии, поскольку существует большое количество различных синдромов нарушения памяти, в то время как жалобы больных на память довольно однотипны. Особенности мнестического дефекта могут не только послужить признаком определенного заболевания, но и помочь определить его стадию. В пробах на память отражаются также состояние активного внимания, мышления и эмоционально-волевой сферы, динамика психических процессов.

Диагностика памяти начинается с беседы с больным и с изучения амбулаторной карты. В беседе важно обратить внимание на то, как больной ориентируется в повседневных ситуациях, помнит ли он события недавнего прошлого, не стал ли в последнее время забывать выключать свет, газ и т.п. Наиболее распространенные методики исследования памяти в отечественной патопсихологии включают в себя пробы на запоминание десяти слов, пробы на интерференцию, методику опосредованного запоминания по Леонтьеву, пиктограмму, воспроизведение рассказов[1].

2.1.5. Нарушения мышления

Некоторые расстройства мышления могут быть достаточно легко выявлены в ходе клинической беседы, другие требуют применения особых психодиагностических методик, третьи

---

[1] Подробно см.: *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. М., 2004, а также Приложение 1.

обнаруживаются лишь в результате длительного наблюдения за больным.

Психиатрическая классификация нарушений мышления различает формальные и содержательные расстройства мышления. К формальным расстройствам относят нарушения *скорости* (патологическое ускорение или замедление темпа мышления), *переключаемости* (персеверации и стереотипии), *связности* (разорванность мышления, обрывы мыслей) и *подконтрольности* (наплывы мыслей, резонерство) мышления.

К содержательным расстройствам мышления относят бредовые, сверхценные, навязчивые идеи.

Бредовые идеи – возникающие на болезненной почве неверные, ложные, искажающие действительность мысли и представления, не поддающиеся коррекции и овладевающие сознанием человека. Совокупность бредовых идей называется бредом[1].

Большинство авторов согласны в том, что у бредовых идей при всем разнообразии их содержания есть ряд общих признаков. Бредовые идеи:

• грубо искажают реальность, хотя в отдельных своих посылках больной может быть и прав;

• полностью овладевают сознанием больного и определяют его поступки;

• устойчивы. Попытки разубедить пациента часто приводят лишь к усилению бреда. Как отмечает К.В. Шелыгин, бредовые идеи непроницаемы для логических конструкций оппонента;

• резко меняют направленность личности больного (перемена интересов, ценностей, мотивов и потребностей), его отношение к себе и к миру;

• возникают при ясном сознании и не связаны с интеллектуальным снижением. Если же в результате заболевания интеллектуальное нарушение прогрессирует, то бред постепенно исчезает (пример 2.9).

По содержанию бредовых идей можно судить о внутреннем мире больного, его прошлом опыте, социальном положении и культурной среде. Бред формируется постепенно, от бредового настроения, которое характеризуется тревогой, чув-

---

[1] См.: *Блейхер, В.М.* Расстройство мышления / В.М. Блейхер. Киев, 1986; *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Шелыгин, К.В.* Общая психопатология / К.В. Шелыгин, И.Б. Якушев. Архангельск, 2007.

ством необъяснимого страха, растерянности, ощущения странных изменений себя и окружающего мира, к кристаллизованному бреду, который отличается включенностью отдельных бредовых идей в единую систему. Эта система обладает высокой устойчивостью, поэтому реальные события не могут ее разрушить, а, наоборот, переосмысливаются таким образом, чтобы соответствовать содержанию бреда (преследования, ревности, величия, болезни).

Пример 2.9. Бредовые идеи при хроническом бредовом расстройстве

«Одна больная была убеждена, что соседи покрыли трещинами ее посуду, обменяли стаканы на худшие, испачкали в ее отсутствие потолок, сделали так, чтобы рассохлась мебель в комнате, выдергали ростки в цветочных горшках, выпустили часть пуха из перин и подушек; она утверждала также, что соседи испортили замки в ее дверях, …подбирали ключи и похищали продукты, обменивали сырые яйца на вареные, умышленно создавали для нее в квартире неприятные запахи» (*Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия / Г.В. Морозов [и др.]; под ред. Г.В. Морозова и Д.Р. Лунца. М.: Юридическая литература, 1971. С. 288).

В отличие от бреда, в *сверхценных идеях* реальные факты и обстоятельства не столько искажаются, сколько получают преувеличенную оценку. Если при бреде наблюдаются качественные изменения личности, то в случае сверхценных идей речь идет о количественных изменениях, которые соответствуют преморбидным особенностям больного. Эти идеи развиваются постепенно и надолго овладевают сознанием пациента. Они отличаются эмоциональной насыщенностью и высокой устойчивостью. Больной относится к ним без должной критики, все остальные мысли подавляются сверхценной идеей либо группируются вокруг нее. Выделяют различные виды сверхценных идей – дисморфофобические, ипохондрические, неполноценности, изобретательства, сутяжничества и др. Сверхценные идеи могут встречаться в виде самостоятельных расстройств, а также послужить основой для развития бреда. В чистом виде сверхценные идеи чаще всего возникают у пациентов с расстройствами личности[1].

---

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 1 / А.С. Тиганов [и др.]; под ред. А.С. Тиганова. М., 1999.

Пример 2.10 отражает характерную динамику развития сверхценной идеи. Незначительное событие (замечание, сделанное в транспорте) получило у больного преувеличенно негативную оценку. Он постоянно размышлял о дефектах своей внешности и постепенно эти мысли стали доминировать в его сознании.

Пример 2.10. Сверхценные идеи при синдроме дисморфофобии

«Больной ...поступил в клинику с жалобой на «безобразные зубы» ...Когда больному было 14 лет, в трамвае, в котором он ехал с товарищем и оживленно разговаривал, какая-то женщина, наблюдавшая за ним, сказала, что больному надо было бы исправить зубы, и даже дала адрес, куда обратиться. Товарищ засмеялся, а больному это стало так неприятно, что он вышел из вагона, не дожидаясь своей остановки. С этого времени стал постоянно думать о зубах, рассматривал их в зеркале, находил, что они «действительно безобразные». Кроме того, стал замечать, что окружающие постоянно обращают внимание на его зубы, потешаются над ним. Начал избегать общества, пытался выдвигать вперед нижнюю челюсть, «чтобы верхняя не так выделялась», закрывал лицо воротником, опускал голову, в классе во время ответов у доски пытался встать так, чтобы класс не видел его лица ...подпилил себе снизу и сбоку три верхних зуба ...Плохо питался, так как стеснялся есть при посторонних «из-за зубов». Постоянно смотрел на себя в зеркало, в то же время всячески избегал фотографироваться» (*Коркина, М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. М., 1984).

Навязчивые идеи – это идеи, насильственно завладевшие сознанием больного. Он воспринимает их как чуждые, относится к ним критически, однако не в состоянии их контролировать. Могут принимать форму навязчивых сомнений, навязчивых влечений и пр. Обычно навязчивые мысли сочетаются с навязчивыми страхами. Навязчивые мысли мешают больному сосредоточиться, снижают продуктивность его деятельности, вызывают у него чувство беспомощности, подавленности (пример 2.11).

Пример 2.11. Навязчивые идеи при обсессивно-компульсивном расстройстве

«Больной Б., 47 лет ...отправляясь в отпуск и желая в санатории поработать над рукописью, по дороге на вокзал заезжает на работу, чтобы

захватить с собой некоторые источники. Уже в такси им овладевает сомнение, выключил ли он электрокамин. Дальнейший ход рассуждений его таков – может внезапно повыситься напряжение в сети, самодельная пробка на счетчике не сработает, возникнет пожар и т. д. На вокзал он прибывает перед самым отходом поезда; из-за этого, а также из-за присутствия приехавшего его провожать товарища (не знающего о его навязчивых идеях), уезжает. В отпуске он с утра торопится прочитать газету, боясь, что там будет сказано о пожаре в его учреждении. Он уже не сомневается в том, что камин не был выключен. В письмах жене больной осторожно расспрашивает, все ли благополучно на работе. Не выдержав, он приезжает из отпуска на 10 дней раньше срока. В поезде, особенно по мере приближения к цели назначения, не находит себе места, прямо с вокзала мчится на работу» (*Блейхер, В.М.* Расстройство мышления / В.М. Блейхер. Киев, 1983. С. 58).

Патопсихологическая классификация нарушений мышления была разработана Б.В.Зейгарник. Зейгарник исходила из положения о том, что мышление является психической деятельностью и может быть охарактеризовано на основе анализа его операций, динамических характеристик, мотивов и целей[1]. В соответствии с этим выделяют:

***Нарушения операциональной стороны мышления*:**

• *снижение уровня обобщения*. При таком нарушении больные способны обобщать и решать задачи, лишь ориентируясь на конкретно-ситуативные признаки предметов, они не могут выделять их абстрактные, надситуативные свойства. Часто обобщение проводится на основе сюжета. Больные настолько связаны реальными жизненными фактами, что не понимают условности экспериментальной ситуации. Например, испытуемый отказывается производить исключение предметов, заявляя, что все они «нужные», или не отвечает на вопрос о том, что будет делать, если заблудится днем в лесу, так как «вообще не ходит в лес». Выраженное снижение уровня обобщения, как правило, сочетается с отсутствием критики к своим ошибкам, однако критичность зависит не только от состояния сферы мышления, но и от степени сохранности личности.

Снижение уровня обобщения выражается и в нарушении понимания переносного смысла, подтекста, тонких нюансов речи, что ярко проявляется при выполнении задания на понимание пословиц (пример 2.12; см. также Приложение 1

---

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология. М., 1999.

«Основные методики патопсихологической диагностики и принципы их интерпретации»: методика «Понимание пословиц и метафор»).

Пример 2.12. Объяснение пословиц больными со снижением уровня обобщения

Пословица «Не все то золото, что блестит» – «*Не гонись за богатством*»; «*Люди бывают плохие и злые, не в золоте дело*»;

Пословица «Шила в мешке не утаишь» – «*Острое, наверное*»; «*Мешок не для шила, для шила нужна коробка*».

В ассоциативном эксперименте видна ограниченность диапазона ассоциаций, их обеднение. В пиктограммах таких больных наблюдается обилие конкретных и фотографических образов, к некоторым словам они не в состоянии подобрать рисунки.

Одним из признаков снижения уровня обобщения является затруднение при попытке обосновать свое решение, упрощение грамматического строя фраз, обеднение словарного запаса (пример 2.13).

Пример 2.13. Типичные ответы больных со снижением уровня обобщения в процессе патопсихологического исследования

В методике «Сравнение понятий» испытуемым предлагается пояснить, что общего между двумя понятиями и чем они отличаются: больной видит сходство между столом и стулом в том, что человек сидит на стуле, опираясь на стол, сходство между собакой и львом в том, что они кусаются и едят мясо;

в методике «Классификация предметов» больная образует следующую группу: «рабочий + велосипед + мотоцикл», замечая, что человек управляет всеми этими средствами передвижения; на заключительном этапе затрудняется объединить в одну группу посуду и инструменты, комментируя: «Это как-то не вяжется»;

в методике «Исключение предметов» больному попадается карточка с изображением конькобежца, коньков, лыж и мяча. Он отвечает: «Ничего лишнего нет, человек может всем пользоваться». В ответ на предъявление карточки «зАмок, замОк, шалаш, дом» больной замечает: «ЗамОк нужен, его нельзя выбросить, хотя постройки, конечно, похожи»; в этой же карточке другой больной исключает шалаш, так как его нельзя закрыть на замОк.

Снижение уровня обобщения является типичным симптомом при органических поражениях головного мозга различной этиологии. Так, Б.В. Зейгарник отмечает, что снижение уровня обобщения встречается при олигофрении в 95%, при рано начавшейся эпилепсии – в 86, после тяжелого энцефалита – в 70% случаев[1];

• *искажение процесса обобщения.* В этом случае больной для обобщения использует необычные, странные либо чрезмерно формальные признаки, которые ничего не говорят о существенных свойствах предметов.

Обобщение производится без учета практического, социально значимого содержания явления. Как правило, больные, у которых обнаруживается искажение процесса обобщения, достаточно вычурно объясняют свои решения.

Например, в методике «Сравнение понятий» больной дает следующий ответ: «Чашка и стакан... Это видоизменение видимости». Или в другой методике: «Лошадь – это существо, приближенное к взаимосвязи с людьми»[2]. В некоторых случаях испытуемый с искажением процесса обобщения устанавливает сходство или связь между явлениями не на основе их реальных признаков, а за счет включения их в одно предложение, т.е. на основе грамматики. Например, в методике «Пиктограмма» на слово «сомнение» рисует яблоко: «Сомневаюсь, вкусное оно или нет». Вместо яблока мог бы быть нарисован любой другой предмет.

При предъявлении методик больные дают правильные с формальной точки зрения, но содержательно пустые ответы (пример 2.14):

Пример 2.14. **Типичные ответы больных с искажением процесса обобщения**

В методике «Классификация предметов» больной кладет вместе стакан и штангенциркуль в группу «Предметы измерения», поясняя: «Стакан измеряет количество воды»;

в методике «Исключение предметов» испытуемый выбирает бритву(на карточке изображены бритва, ножницы, перочинный нож и перо), так как «она предназначена для работы с одушевленными», а другие – «с неодушевленными предметами»; барабан (на карточке изображены барабан, пистолет, фуражка и зонтик), поскольку «остальные необходимы для защиты, фуражка, например, защищает от холода»; мяч (на кар-

[1] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

точке изображены мяч, коньки, лыжи, конькобежец), «ведь остальные предметы скользят»;

в методике «Сравнение понятий» больная усматривает различие между троллейбусом и трамваем в их внешней форме.

Хотя принято считать, что искажение процесса обобщения – признак шизофрении, по данным Б.В. Зейгарник, такого рода нарушения встречаются лишь у 67% больных шизофренией, а также у 33% лиц с психопатиями (особенно – шизоидной*). Следовательно, невозможно утверждать, что у всех больных шизофренией есть подобные нарушения или что наличие искажения процесса обобщения является нозологически специфичным признаком, т.е. свидетельствующем о наличии конкретного заболевания.

***Нарушения логического хода мышления*:**

• *скачка идей.* Типична для маниакальных состояний. Больные не сразу могут включиться в выполнение задания. Их ответы поверхностные, непродуманные. При этом сами по себе мыслительные операции сохранны. Так, больные прекрасно понимают смысл пословицы, но не могут ее объяснить. Быстро и правильно решают задачи, но их высказывания не связаны с действиями. В ассоциативном эксперименте не в состоянии отвечать на стимул одним словом. Любая возникшая ассоциация направляет мышление больных в новое русло;

• *вязкость мышления.* Наблюдается при эпилепсии, в отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы, иногда – при тяжелой депрессии. Больные с трудом переключаются с одного способа выполнения задания на другой, не пропускают ни одной детали;

• *непоследовательность суждений.* Выражается в неустойчивом способе выполнения задания. Например, на фоне правильных суждений, где проявляется высокий уровень обобщения, наблюдаются конкретно-ситуативные ответы. Б.В. Зейгарник отмечает, что подобные расстройства встречаются у больных с сосудистыми поражениями мозга, последствиями черепно-мозговых травм, при маниакально-депрессивном психозе, при шизофрении в состоянии ремиссии. Та-

* Обратите внимание на описание шизотипического расстройства личности в главе 2.5. Одним из его признаков является наличие странных, причудливых мыслей, т.е. в терминологии Зейгарник – искажения процесса обобщения.

ким образом, этот вид нарушений мышления нозологически неспецифичен. Заметим, что в основе данного нарушения, на наш взгляд, могут лежать такие факторы, как истощаемость психических процессов, а также нарушения целенаправленности и волевой регуляции поведения. В обоих случаях проявление непоследовательности суждений опосредовано нарушениями внимания. В методике «Классификация предметов» такие больные выкладывают много одноименных групп, при обобщении руководствуются то конкретными, то общими признаками, как будто работали два разных человека;

• *патологическая откликаемость в мышлении*. Больные без всякой избирательности отображают то, что они воспринимают в своей речи. Действия их нелепы. Нарушена ориентировка в месте и времени. Некритичны. Может наблюдаться при слабоумии, при лобном синдроме.

Нарушения целенаправленности мышления:

• *нарушения критичности*. Испытуемые выполняют задания бездумно. Предъявление инструкции не стимулирует и не организует их поведение. Они безразличны к своим ошибкам, начинают выполнять задание, не до конца ознакомившись с инструкциями. Зейгарник отмечает, что в данном случае действия больного не регулируются мышлением. После настойчивых указаний на ошибку он может правильно выполнить задание. Обычно такие больные не предъявляют жалоб и безразличны к своему состоянию. Наблюдается при шизофрении, маниакальных состояниях, деменциях, поражении лобных долей мозга в результате травмы или опухоли;

• *разноплановость*. Зейгарник считает, что в данном случае суждения больных протекают словно в разных руслах. Например, классификация предметов проводится то на основании общего признака, то на основании формального, «пустого» признака, то на основании бредовых идей. Предметы для больного многозначны, поэтому он дает самые нелепые объяснения своим ответам. Так происходит даже с обыденными предметами, они являются символически и эмоционально насыщенными. Часто такие больные подменяют выполнение задания своим собственным отношением. Механизмом данного нарушения Зейгарник полагает нарушение единства личности и аффективную захваченность. Данное нарушение характерно для шизофрении;

• *разорванность мышления*. В своем крайнем проявлении выражается в том, что в мышлении вообще отсутствует определенный объект. Отдельные понятия без всякой взаимосвязи нанизываются друг на друга. Для больных характерна речевая неистощимость при отсутствии потребности в собеседнике. Может наблюдаться при шизофрении;

• *резонерство*. Выражается в склонности больного к пространным рассуждениям по незначительным поводам, в стремлении подвести под любой, самый незначительный факт, общую концепцию. Наиболее часто встречается у больных шизофренией и эпилепсией.

Исследование мышления. Успешная диагностика нарушений мышления невозможна без учета всего жизненного пути больного и его поведения в процессе исследования. Ослабление способности к мышлению проявляется и в работе, и в быту, и в ходе беседы с больным. Таким образом, выделяют прямые и косвенные показатели состояния мышления. Косвенными показателями состояния мышления являются словарный запас и грамматические особенности устной и письменной речи, понимание инструкций, метафор и контекста, способность продолжать прежнюю профессиональную деятельность и справляться с повседневными обязанностями, изменение круга интересов, адаптивность поведения больного.

Заметим, что большинство методик для оценки мышления, созданных в отечественной патопсихологии, являются достаточно простыми для людей, получивших среднее и даже начальное образование[1].

При исследовании мышления необходимо придерживаться следующих принципов:

• использовать методики, адресованные различным видам мышления;

• соотносить характер ответов и образование человека;

• обращать внимание не только на формальный результат выполнения методики, но и на динамические показатели: быстроту понимания инструкций, истощаемость, инертность или лабильность, откликаемость, целенаправленность и т.п.;

• оценивать критичность испытуемого и возможность коррекции появляющихся ошибок;

---

[1] *Рубинштейн, С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. М., 2004.

• учитывать возможные посторонние факторы, влияющие на успешность решения задачи.

К числу основных патопсихологических методик для исследования мышления относят: исследование понимания рассказов, а также переносного смысла пословиц и метафор, пиктограмму, классификацию предметов, понимание сюжетных картин, установление последовательности событий, пробы на логические аналогии, выделение существенных признаков, исключение предметов и др. Инструкции для проведения и правила интерпретации по основным из этих методик приводятся в Приложении 1, более подробно они рассмотрены в работах С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхера, Б.Г. Херсонского[1].

2.1.6. Нарушения умственной работоспособности

К нарушениям умственной работоспособности относят истощаемость, пресыщаемость и нарушения врабатывания.

Истощаемость – наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение умственной работоспособности. По некоторым данным, во время визита к врачу жалобы на утомляемость предъявляют 7–9% пациентов. В сфере психического астения выражается в изменении динамики психических процессов, снижении продуктивности психической деятельности, а также волевых, эмоциональных и физиологических нарушениях. В составе астенического синдрома необходимо выделять *субъективный* и *объективный компоненты* (последний диагностируется в ходе патопсихологического обследования). Обычно больной с астеническим синдромом жалуется на чувство усталости, слабости, плаксивости, нарушения сна, однако недостаточно опираться только на жалобы пациента, который может как преувеличивать тяжесть симптомов, так и, наоборот, не замечать своего истощения.

Астения бывает *преходящей* и *постоянной*. В последнем случае астенический синдром приводит к инвалидизации больного, изменяет всю его личность.

---

[1] См.: *Рубинштейн, С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике; *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Херсонский, Б.Г.* Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б.Г. Херсонский. СПб., 2003.

Выделяют четыре основных структурных компонента астении[1]:

- раздражительность;
- слабость;
- расстройства сна;
- вегетативные нарушения.

Астения делится на гипо- и гиперстению. *Гипостения* характеризуется быстрой утомляемостью, уже в середине дня больные чувствуют себя не способными работать. Наблюдается постоянная сонливость, причем сон не помогает отдохнуть. Снижается психическая активность. Наибольшая продуктивность по методикам *Шульте* (Приложение 1), Крепелина отмечается в первой половине дня, хотя и тогда она низкая. Затем наступает быстро прогрессирующее качественное и количественное снижение производительности. Нередко больные преждевременно отказываются от работы, мотивируя свой отказ утомлением. В методике «Корректурная проба» общее количество ошибок увеличивается к концу задания.

Для *гиперстении* характерно сочетание повышенной возбудимости со снижением работоспособности, утомляемостью, недостаточной способностью к концентрации внимания. В методиках Шульте и Креппелина отмечается высокий начальный уровень работы, резкий спад в середине работы, в конце возможен возврат к исходным показателям. В корректурной пробе характерно увеличение количества ошибок в середине задания. Кривая запоминания в методике «10 слов» (Приложение 2) носит ломаный характер[2].

Астении можно классифицировать в зависимости от причины их возникновения:

Цереброгенные. Возникают при поражениях центральной нервной системы (ЦНС). Характерны стойкость и монотонность астенических симптомов. Снижен порог переносимости различных раздражителей. Больные постоянно испытывают слабость, чувство утомления. Фон настроения снижен, отмечаются апатия, раздражительность. Для ряда больных характерна упорная фиксация на своих ипохондрических ощущениях. При этом нет связи астении с физическими и умственными

---

[1] *Николаева, В.В.* Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М., 1987.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

нагрузками. Больные указывают на то, что астенические симптомы существуют постоянно и не прогрессируют. В отличие от соматогенных астений в данном случае отсутствует зависимость выраженности симптомов от длительности заболевания. Изменения личности проявляются в эгоцентризме, пассивности, ослаблении высших эмоций. Больные отделяют указанные симптомы от своей личности, как правило, имеется критическое отношение к болезни. Даже пребывание в благоприятных условиях не устраняет астению. Характер цереброгенной астении зависит от характера органического процесса. Например, при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы больные становятся слабыми, утомляемыми, но в то же время и вспыльчивыми, не переносят сильные раздражители, обидчивы, конфликтны. Пациенты с инфекционными поражениями мозга (менингитами, энцефалитами) жалуются на частые головные боли давящего, распирающего характера, головокружения. Для них могут быть характерны постоянное волнение, плаксивость, тревога, бессонница или неглубокий сон, отсутствие чувства отдыха после сна. При церебральном атеросклерозе отмечается монотонность астенических жалоб, боязнь нового, слабодушие, снижение психической активности.

Соматогенные. Наблюдаются при хронических соматических заболеваниях, таких как тиреотоксикоз, микседема, хроническая почечная недостаточность. Динамика астенических симптомов зависит от характера и течения болезни. Симптоматика монотонная. Как правило, субъективные жалобы и объективные показатели по данным исследования совпадают. Работоспособность таких больных мало зависит от настроения.

Соматоцереброгенные. Возникают при воздействии болезненного процесса одновременно на центральную нервную систему и внутренние органы, например при радиационном, инфекционно-токсическом поражении. Эти тяжелые астении напрямую зависят от тяжести болезненного воздействия. В клинической картине наблюдаются апатия, снижение умственной работоспособности, слабость и утомляемость.

Адаптационные. Их причинами могут быть ограничение подвижности, сенсорная изоляция, монотонные раздражители, десинхроноз. Астении могут быть как парциальными (связанными с негативной адаптацией рецепторов), так и тотальными. Характерны гипноидные состояния, иллюзорное восприятие реальности. Возникновению астении способствует комп-

лекс экстремальных факторов, приводящих к резкому уменьшению афферентной стимуляции ЦНС. В отличие от невротических расстройств адаптационные астении формируются при положительном отношении личности к предъявляемой нагрузке. Физиологический фактор является здесь ведущим. Исключение больного из патогенной среды приводит к нормализации его состояния. Основными жалобами являются жалобы на усталость, сниженную работоспособность. Встречаются соматические жалобы, особенно на головные боли и боли в области сердца.

Психогенные. Представляют собой астенические проявления невроза истощения – неврастении. Могут также наблюдаться при депрессии. Характерны постоянная усталость, снижение работоспособности, нарушение памяти и внимания. Как правило, удается проследить связь с психической травмой. Жалобы астенического характера появляются обычно спустя несколько месяцев после начала конфликта. Стоит больным переключиться, как они ощущают прилив бодрости, а затем снова наступает истощение. Наблюдается так называемый уход в болезнь. Больной неврастенией не отделяет астенические проявления от своих личностных характеристик. У некоторых пациентов астеническая симптоматика наблюдается в течение всей жизни. Их повседневная деятельность несет на себе отпечаток слабости, неустойчивости. Декомпенсация наступает после эмоционально напряженных моментов. Эти люди избегают трудностей, легко становятся капризными, быстро утомляются. Склонны к ипохондрии, плаксивы, раздражительны. Среди черт характера преобладают робость, застенчивость, ранимость. Симптоматика богаче, чем при астенических состояниях другой природы.

Как уже отмечалось выше, к числу психогенных астений можно отнести астенические проявления при депрессии. Страх и тревога, характерные для многих депрессивных синдромов, являются состояниями максимального биологического напряжения. Астения может развиться в результате слишком частого их переживания. Астения при депрессии неразрывно сопутствует негативным эмоциям и пропадает вместе с ними. Чем неожиданнее у больного наступает чувство собственной усталости, тем сильнее страх больного по этому поводу. После более или менее длительных астенических состояний может развиться кардиофобия. Пациенты предъявля-

ют жалобы на вялость, чувство крайней усталости, слабость в руках и ногах, равнодушие ко всему. Образуется патологический замкнутый круг: астенические симптомы усиливают тревогу, а она приводит к усилению астении[1].

Нарушения врабатываемости выражаются в замедленном понимании инструкции, в большом латентном времени реакции после ее предъявления, в увеличении ошибок в начале работы. В принципе, продуктивность деятельности здоровых людей также связана с феноменом врабатываемости, т.е. в сложных заданиях к концу работы качество ее улучшается, однако у психически больных отмечается патологически замедленная врабатываемость, которая является следствием инертности психических процессов. Нарушения врабатываемости могут быть характерны для эпилепсии и других органических поражений мозга, а также для тяжелой депрессии.

Пресыщаемость – чрезмерно быстрое наступление пресыщения – состояния, при котором исчезает потребность к завершению начатого действия. Термин введен психологом К. Левиным. Это состояние, хотя и может быть внешне похожим на утомление, связано не с колебаниями функционального статуса ЦНС, а с дефектами волевой и мотивационной сферы[2]. Оно может быть характерно для больных шизофренией, расстройствами личности, для различных по этиологии поражений лобных долей.

Для ***оценки умственной работоспособности*** необходимо оценить характер работы испытуемого в целом: динамику и продуктивность деятельности, количество и тип ошибок (при истощаемости это прежде всего ошибки внимания), темп.

Немаловажную роль играет анализ эмоционального состояния больного и его отношения к исследованию. Во время патопсихологического исследования о наличии астении свидетельствуют следующие *косвенные признаки*:

- больные не могут постоянно придерживаться правильного образа действий, отмечается неравномерность продуктивности, например, к концу обследования качество работы ухудшается;

---

[1] *Бамдас, Б.С.* Астенические состояния / Б.С. Бамдас. М., 1961.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

• интеллектуальные навыки сохранны, однако больной не в состоянии выполнять действия, требующие приложения значительных или длительных усилий;

• нарушения проявляются как в сложных, так и в простых заданиях;

• по мере нарастания утомления возникают эмоциональная неустойчивость, снижение способности к волевой регуляции поведения.

Кроме того, для выявления нарушений умственной работоспособности существуют специальные патопсихологические методики: корректурная проба, счет по Крепелину, таблицы Шульте и др. (подробно см.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика, а также Приложение 1).

Пример 2.15. Проявления астении в патопсихологическом исследовании*

1. Больной 17 лет, диагноз – последствия черепно-мозговой травмы.

Методика «10 слов» – 6; 9; 7; 8; 8. Отсроченное воспроизведение слов – 5.

Интерпретация: истощаемость мнестической функции.

2. Больной 45 лет, диагноз – последствия черепно-мозговой травмы.

Методика «10 слов» – 1; 6; 7; 7; 7. Отсроченное воспроизведение слов – 7.

Таблицы Шульте: 1', 47'', 1'8'', 1', 1'8''.

Интерпретация: истощаемость по гиперстеническому типу.

3. Больная 58 лет, диагноз – церебральный атеросклероз.

Методика «10 слов» – 5; 6; 6; 8; 6. Отсроченное воспроизведение слов – 5.

Таблицы Шульте: 56'', 1'7'', 1'19'', 47'', 54''.

Интерпретация: неравномерность работоспособности, по своему типу истощаемость ближе к гиперстении.

---

*Здесь и далее в выдержах из протоолов патопсихологического исследования приняты следующие обозначения: для методики «Вспроизведение десяти слов» (см. Приложение 2) цифры после сокращенного названия методики «10 слов» означают количество правильно воспроизводимых элементов при первом и последующих предъявлениях, для методики «Таблицы Шульте» – знак '' означает секунды, затраченные на выполнение одной таблицы, знак ' – минуты. Например, 1'8'' – означает, что таблица выполнена за одну минуту и восемь секунд.

2.1.7. Нарушения эмоциональной сферы

Нарушения эмоциональной сферы можно классифицировать по различным критериям:

• *содержание эмоций, степень их осознанности* и *реалистичности*. Руководствуясь этим критерием, можно выделить депрессию, эйфорию, амбивалентность аффекта (под последним нарушением понимают одновременное наличие в сознании двух абсолютно разнонаправленных эмоций – любовь-ненависть, причем больной не чувствует необходимости сделать между ними выбор). В некоторых случаях нарушение эмоций по содержанию возможно установить, лишь определив соотношение эмоции с ситуацией ее проявления. В частности, сам по себе страх не является патологическим эмоциональным состоянием, однако в случае фобии он не связан с реальным источником опасности. Кроме того, неадекватность эмоций ситуации характерны для шизофрении, некоторых расстройств личности;

• *динамические характеристики эмоционального процесса*. Для их определения необходимо оценить частоту возникновения, интенсивность и периодичность проявления эмоции. Например, фиксация на негативных эмоциях при депрессии или эпилепсии; чрезмерное усиление эмоциональных реакций при фобиях, дисфориях и т.п. Эмоциональная неустойчивость наблюдается при астенических состояниях различного генеза, при некоторых формах расстройств личности, при тревожной депрессии, при церебральном атеросклерозе, при локальном поражении подкорковых структур, связанных с регуляцией функциональных состояний, при абстинентных синдромах, при посттравматическом стрессовом расстройстве;

• *формы проявления*. Суть критерия в том, что одни нарушения эмоций носят фазовый характер (приступы паники), другие отражают относительно стабильные изменения эмоциональной сферы (расстройства настроения, эмоциональная холодность и пр.).

Исследование эмоциональной сферы начинается *с оценки внешнего вида* и *поведения больного, его манеры одеваться, говорить, его мимики, жестикуляции, характера предъявляемых жалоб*. Например, о подавленном эмоциональном состоянии говорят многочисленные жалобы на здоровье, раздражительность, снижение скорости реакций. Больные в ма-

ниакальном состоянии неусидчивы, говорят громким голосом, оживленно жестикулируют. Больные в тревожном состоянии постоянно говорят о предмете своей тревоги, предъявляют очень большое количество жалоб, в том числе и на физические симптомы. Иногда данные наблюдения за больным, а также материал, получаемый в ходе клинической беседы, являются гораздо более ценными источниками информации, нежели результаты формализованных методик.

В некоторых случаях необходимы *дополнительные изменения условий обследования*, чтобы проявились эмоциональные нарушения. Эти изменения могут касаться:

- темпа предъявления заданий;
- интенсивности эмоциональной нагрузки.

Следует помнить, что не все эмоциональные нарушения предъявляются отчетливо и именно в той форме, в какой мы их ожидаем. Например, депрессия внешне не обязательно проявляется как подавленное настроение, а враждебность – в направленных против кого-либо действиях.

Манера выполнения заданий (поспешность, замедленность, легкомысленность, характер ошибок, отношение к результатам работы, реакция на оценку, страх перед критикой и т.п.) также могут свидетельствовать об эмоциональных проблемах.

К наиболее часто используемым *формализованным методикам оценки эмоциональных состояний* относят:

- шкалы тревоги и депрессии (стимульный материал, правила их применения и интерпретации см. в Приложении 1));
- проективные методики («Несуществующее животное» и т.п.)[1];
- различные модификации Миннесотского многофакторного личностного опросника[2];
- цветовой тест Люшера[3].

2.1.8. Нарушения личностно-мотивационной сферы

Патология личностно-мотивационной сферы в ситуации психического заболевания может наблюдаться в силу ряда причин.

---

[1] См.: *Романова, Е.С.* Графические методы в практической психологии / Е.С. Романова. СПб., 2001.

[2] См.: *Собчик, Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: СМИЛ / Л.Н. Собчик. СПб., 2007.

[3] См.: *Собчик, Л.Н.* МЦВ – метод цветовых выборов: Модифицир. восьмицветовой тест Люшера: Практическое руководство / Л.Н. Собчик. СПб., 2001.

Одной из причин являются *биологические ограничения, которые налагает на человека болезнь*. Такова, например, природа нарушений личности при повреждении лобных долей мозга, при умственной отсталости, при эпилепсии. Эти ограничения могут являться как непосредственной причиной нарушений личности, так и опосредованной, через патологическую компенсацию органического дефекта (пример 2.16).

***Пример 2.16.* Изменения личности при лобном синдроме**

У миссис Б., в прошлом химика, начал внезапно меняться характер. Она стала беззаботной, странно фривольной, острила, каламбурила, ничего не воспринимала всерьез. («*Возникает ощущение, что вы ей безразличны*, – рассказывала одна из ее подруг. *Похоже, ее теперь вообще ничего не трогает*».) ...Что это было – отказ принимать действительность? Бравада? Маска, скрывающая невыносимое страдание? Выражение ее лица не оставляло сомнений: ее мир был полностью лишен чувства и смысла. Ничто больше не воспринималось как важное или неважное. Все для нее теперь было едино и равно – мир сводился к набору забавных пустяков. Мне, как и всем окружающим, такое состояние казалось трагедией, однако саму ее это совершенно не трогало: в полном сознании происходящего она оставалась равнодушной и беспечной, пребывая во власти какого-то последнего леденящего веселья (*Сакс, О.* «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. СПб., 2006. С. 157–159).

Другой причиной нарушения личностно-мотивационной сферы является *нарушение социальной адаптации из-за психического заболевания* и связанных с ним условий жизни. В МКБ-10 описывается хроническое изменение личности после психической болезни, которая переживается как эмоционально-стрессовая и разрушающая «Я». У таких людей наблюдаются: чрезмерные зависимость и требовательность по отношению к окружающим, убежденность в собственной измененности, ведущая к социальной изоляции, пассивность, снижение интересов, постоянные жалобы на болезнь, ипохондричность, значительное нарушение в социальном функционировании по сравнению с преморбидным уровнем. Иногда такого рода изменения встречаются уже на ранних стадиях развития заболевания (пример 2.17).

***Пример 2.17.* Изменение личности как результат тяжелого психического расстройства**

Проведенное нами исследование субъективной картины болезни у женщин, страдающих шизофренией, позволило выявить характерные

изменения уровня притязаний. Обдумывая свое будущее, все женщины, с которыми мы беседовали, принимали решение снизить требования к себе и к миру, ограничить социальную активность рамками семьи: «*Надо, чтобы меня интересовали сначала ...маленькие дела*». Вот как описывает свои планы на будущее одна из пациенток, имеющая высшее образование и до болезни руководившая лабораторией: «*Кем пока я себя вижу? Только не интеллектуальная работа, какая была сейчас... может быть в прачечной какой-нибудь ...чтобы потом мне не было стыдно за то, что я сделала неправильно*». Заметим, что у данной пациентки эта госпитализация была первой по счету, так что речь о сформировавшемся дефекте, об инвалидности не идет. Обычно эти «маленькие дела» включают в себя рукоделие, работу по дому. Некоторые женщины, однако, говорят и о более серьезных планах: «*Помогать людям и растить моих детей, а также мужа сделать счастливым*». В любом случае планы всегда направлены на улучшение жизни окружающих, а не на удовлетворение потребностей самих женщин (подробно см.: *Фролова, Ю.Г.* Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования / Ю.Г. Фролова // Философия и социальные науки. 2007. № 2. С. 75–80).

Еще одна причина – *изначально искаженное развитие личности*, которое способствует возникновению психической патологии (собственно расстройства личности или психопатии, которые будут описаны в главе 2.5).

Единой патопсихологической классификации нарушений личности на данный момент не существует.

К. Ясперс предлагает различать две разновидности патологических личностных типов[1]:

• аномальные личности, чьи поведение, состояние или характер отклонились от средних величин, т.е. так называемые «крайности». Эти случаи Ясперс не относит к патологии;

• личности, больные в собственном смысле слова, у которых изменения произошли в результате болезненного процесса.

Другую классификацию предлагает Б.В. Зейгарник, которая выделяет нарушения: опосредованности и иерархии мотивов, смыслообразования; подконтрольности поведения[2].

Исходя из основных целей патопсихологической диагностики, мы можем предложить следующую *обобщенную классификацию нарушений личности*:

• нарушения критичности, регуляции и контроля деятельности;

---

[1] *Ясперс, К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

- нарушения мотивационно-потребностной сферы;
- особые иррациональные убеждения относительно себя и окружающего мира (патологическая базовая схема в терминологии когнитивного подхода);
- нарушения общения и социальной адаптации;
- общая устойчивая патологическая трансформация поведения и взаимоотношений личности с окружающим миром (собственно расстройства личности либо же приобретенный личностный дефект, к которому, согласно МКБ-10, относятся: расстройство личности по органическому типу, шизофренический дефект).

Нарушения критичности, регуляции и контроля деятельности наблюдаются при различных психических заболеваниях. Больной с подобными нарушениями отличается неадекватной самооценкой, невозможностью контролировать свои сиюминутные побуждения, осмысливать ситуацию и перестраивать поведение, у него снижена критика как своего состояния, так и ошибок в ходе патопсихологического исследования.

В отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы, нейроинфекций, при алкоголизме, при некоторых формах психопатий отмечаются неустойчивость самооценки, отсутствие контроля над импульсами. Для лобного синдрома характерны эйфория либо апатия (в зависимости от локализации поражения), снижение целенаправленности поведения, утрата побуждений, нарушение произвольного контроля над всеми психическими процессами, патологическая откликаемость внимания, отсутствие критичности и осознания болезни. При деменциях различной этиологии нарушения в определенной степени сходны с теми, что наблюдаются при лобном синдроме, однако отмечается и своеобразие, связанное с типом деменции и с выраженностью слабоумия. При олигофрениях отмечается недостаточная способность к волевой регуляции поведения, не вполне адекватная самооценка, недоразвитие целенаправленных форм поведения. Картина осложняется недостаточным усвоением социальных норм. При шизофрении могут наблюдаться абулия (волевая слабость), апатия, недостаточный учет в деятельности социальных мотивов, отсутствие критики к своему состоянию или же формальная критика.

При психопатиях собственные патологические особенности личности и поведения воспринимаются как эго-синтонные[1].

Нарушения мотивационно-потребностной сферы характерны для эпилепсии, шизофрении, зависимости от психоактивных веществ, нервной анорексии. Так, при шизофрении отмечается утрата мотивами побудительной силы, формирование особых, связанных с содержанием бреда и сверхценных идей устремлений. При эпилепсии и алкоголизме наблюдается «сдвиг мотива на цель».

Иррациональная картина мира формируется при психозах, при тяжелой депрессии, психопатиях и выражается в особом, часто бредовом способе отражения окружающей ситуации, личностных свойств самого больного и особенностей людей, с которыми он взамодействует.

Нарушения общения и социальной адаптации типичны для расстройств личности, шизофрении, раннего детского аутизма, эпилепсии; выражаются в частых межличностных конфликтах, невозможности наладить прочные взаимоотношения с окружающими, слабой способности приспосабливаться к изменяющимся жизненным обстоятельствам.

Исследование личности проводится по следующим параметрам:

- направленности личности (ценности, мотивы, интересы, убеждения, идеалы, планы на будущее);
- самооценке;
- способности к самоконтролю и регуляции поведения;
- уровню притязаний;
- устойчивым стереотипам поведения;
- субъективной картине мира и картине болезни;
- качеству межличностных отношений.

При диагностике личности клиническому психологу важно по возможности определить, какие особенности сформировались до заболевания, а какие являются его следствием.

Некоторые вопросы, имеющие отношение к психодиагностике личности, выясняются уже в ходе клинической беседы.

---

[1] См.: *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология; *Кожуховская, И.И.* Нарушение критичности у психически больных / И.И. Кожуховская. М., 1985; *Лурия, А.Р.* Нейропсихологический анализ сознательной деятельности. / А.Р. Лурия. Мозг человека и психические процессы. Т. II. М., 1970.

Следует внимательно изучить амбулаторную карту больного, проследить его жизненный путь, оценки, которые дают ему окружающие, его отношение к собственной болезни, степень сохранности профессиональных навыков, увлечения. Интерес для психолога представляет не только поведение испытуемого в самой ситуации исследования, но и в коридоре, в палате, в общении с медперсоналом, родственниками и другими больными. Актуализация «мотива экспертизы» может способствовать более сохранному поведению в кабинете психолога по сравнению с привычными стереотипами. Аналогичным образом объектами агрессии больного чаще всего становятся близкие по отношению к нему люди, а не посторонние лица. Исследование критичности должно проводиться на протяжении всего патопсихологического исследования[1].

Исследование личности с помощью формализованных методик подробно описано в работе В.М. Блейхера[2]. Следует заметить, что ни одна из них не позволяет с уверенностью делать выводы о нозологической специфичности полученных данных. Например, повышение 8-й шкалы MMPI (шкалы шизофрении) не означает даже обязательного наличия шизоидных черт характера, не говоря уже о самой болезни. Наш собственный опыт патопсихологической диагностики позволяет сделать вывод о преимуществе косвенных методов оценки личности перед формализованными.

2.1.9. Составление заключения по данным патопсихологического исследования

После завершения патопсихологического исследования психолог составляет заключение, в котором необходимо дать оценку личности и психических процессов больного, а также ответить на вопросы, поставленные лечащим врачом. В зависимости от задач исследования, изложенных в начале данной главы, заключение может иметь различный объем и структуру. Хотя правила составления заключений неоднократно опи-

---

[1] Подробно см. *Кожуховская, И.И.* Нарушение критичности у психических больных.

[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

сывались[1], представляется необходимым обозначить наиболее важные требования к документам такого рода.

1. Заключение должно иметь четкую структуру и содержать описание не столько отдельных методик, сколько психических процессов и состояний. В начале соответствующего абзаца психолог может перечислить, какие методики были им использованы.

2. При квалификации имеющихся нарушений необходимо по возможности пользоваться общепринятой терминологией, а при желании ввести в оборот какую-либо яркую метафору или новое понятие, проиллюстрировать их примером.

3. Абсолютно недопустимо делать глобальные выводы на основе выполнения больным только одной методики, сколь бы ярко ни проявились в ней нарушения.

4. В конце заключения должен быть выделен и описан патопсихологический синдром, в котором определяются основные (первичные) и вторичные нарушения, а также сделаны предположения о психологических механизмах их образования. Существуют различные подходы к принципам описания таких синдромов. Например, В.М. Блейхер[2] предлагает соотносить их с определенными нозологическими единицами, в то время как другие авторы занимают в этом вопросе более осторожную позицию (В.В. Николаева; Н.Л. Белопольская)[3]. Ниже приводятся два различных варианта заключений: пример 2.18 основан на правилах составления заключения по В.М. Блейхеру, пример 2.19 – на рекомендациях В.В. Николаевой, Н.Л. Белопольской.

Пример 2.18. Заключение по данным патопсихологического исследования: выделение нозологически специфичного синдрома

В процессе исследования больной насторожен, внутренне напряжен, конфликтен. Постоянно критикует предъявляемые ему задания, спорит с

---

[1] См.: *Николаева, В.В.* Спецпрактикум по патопсихологии (Общие методические рекомендации) / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. М., 1979; *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

[3] См.: *Николаева, В.В.* Спецпрактикум по патопсихологии; *Белопольская, Н.Л.* Задачи патопсихологии и понятие психической нормы / Н.Л. Белопольская // Патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

психологом по поводу интерпретации результатов, во многих случаях выполнение задания подменяется резонерскими высказываниями относительно необходимости пребывания в больнице. Жалоб не предъявляет. Критика к своему болезненному состоянию ослаблена. Считает, что госпитализирован «из-за плохой нервной системы и ослабленной памяти», не понимает, почему родственники уговаривали его обратиться к врачу.

По данным исследования выявляются следующие нарушения:

– в мнестической сфере, хотя при непосредственном заучивании слов объем кратковременной памяти составляет семь элементов, можно отметить неравномерность качества воспроизведения, по всей видимости, связанную с недостаточной концентрацией внимания на выполнении методики. Так, иногда больной воспроизводит всего два слова из десяти, не делая никаких попыток вспомнить остальные. Значительное сужение объема отсроченного воспроизведения (три слова) не соответствует хорошему запоминанию инструкции, полной ориентировке в месте, времени и собственной личности, успешному выполнению заданий, требующих активной работы памяти;

– в сфере мышления в единичных случаях больному доступен достаточно высокий уровень обобщения, однако в целом мышление характеризуется отсутствием целенаправленности, разноплановостью суждений, склонностью к резонерству. Формулировки ответов вычурные;

– в эмоционально-волевой сфере можно, наряду с раздражительностью, отметить отсутствие мотива экспертизы, неспособность корректировать свое поведение;

– наблюдается явное нарушение умственной работоспособности в виде пресыщения.

Таким образом, отмечаются специфические для шизофренического синдрома нарушения мышления, умственной работоспособности и эмоционально-волевой сферы (разноплановость, резонерство, нарушение волевой регуляции поведения, некритичность, быстрая пресыщаемость).

В рассмотренном выше случае имеющиеся нарушения объединяются не вокруг первичного психологического дефекта, а в рамках нозологически специфичного шизофренического синдрома (что далеко не всегда является оправданным). Представляется, что такого рода форма заключения будет уместной в том случае, когда патопсихологическое заключение проводится с целью дифференциальной диагностики. Если же картина имеющихся нарушений не столь очевидна, необходимо использовать другую форму заключения.

Пример 2.19. Заключение по данным патопсихологического исследования: психологическая характеристика имеющихся нарушений

В процессе исследования больной заторможен, говорит невнятно, речь монотонная, лишенная ярких интонаций. Предъявляет жалобы на

головную боль и постоянный шум в ушах. Отмечает, что в последнее время у него снизилась память, стал забывать, что происходило несколько дней назад. По данным исследования:

– объем как механической, так и опосредованной памяти снижен, причем это нарушение наблюдается как в слуховой, так и в зрительной модальности;

– ослаблена концентрация произвольного внимания, сужен его объем;

– отмечается нарушение умственной работоспособности в виде истощаемости; скорость протекания психических процессов снижена, что особенно заметно, когда испытуемый устает. С трудом включается в новую для себя деятельность;

– уровень обобщения в целом соответствует норме, однако на фоне увеличения объема предъявляемой информации или при утомлении больной допускает ошибки конкретно-ситуативного типа; их можно квалифицировать как непоследовательность суждений.

Таким образом, основным нарушением является нарушение формально-динамической стороны психических процессов, проявляющееся в виде истощаемости по гипостеническому типу, ослаблении способности к концентрации внимания и сужении его объема. Нарушения памяти и мышления (непоследовательность суждений) являются следствием основного психологического дефекта.

Резюме

Патопсихологическое исследование является одним из основных методов получения информации относительно психологических нарушений при различных заболеваниях. Оно носит экспериментальный характер, поскольку в нем в специально контролируемых условиях исследуются особенности протекания психических процессов. Существуют различные подходы к классификации нарушений психической деятельности, одни из которых основываются на клинических проявлениях, другие на психологических механизмах. Заключение по данным патопсихологического исследования должно содержать характеристику патопсихологического синдрома, с выделением в нем первичных и вторичных компонентов и описанием возможных механизмов их формирования.

Литература

Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. Киев, 1986.

Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. М., 1999.

Николаева, В.В. Спецпрактикум по патопсихологии / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. М., 1979.

Романова, Е.С. Графические методы в практической психологии / Е.С. Романова. СПб., 2001.

Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. М., 2004.

Собчик, Л.С. МЦВ – метод цветовых выборов : Модифицир. восьмицветовой тест Люшера: Практическое руководство / Л.Н.Собчик. СПб., 2001.

Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: СМИЛ / Л. Н. Собчик. СПб., 2007.

Соммерз-Фланаган, Дж. Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган. М., 2006.

2.2. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА

2.2.1. Общая характеристика нарушений психической деятельности при заболеваниях головного мозга. Синдром деменции

Работа головного мозга может нарушаться вследствие травм, инфекций, отравлений, объемных и атрофических процессов, нарушений мозгового кровоснабжения. Больные с органическими поражениями мозга составляют значительную часть пациентов психиатрических клиник. Несмотря на разнообразие причин мозговых повреждений, можно выделить и типичные проявления психоорганического синдрома.

Психоорганический синдром включает в себя симптомы нарушений умственной работоспособности и динамических характеристик психической деятельности, внимания и сознания, познавательных процессов, личности и эмоционально-волевой сферы

Типичным нарушением умственной работоспособности вследствие органического поражения мозга является *астения*. На начальной стадии возникает гиперстения, которая по мере прогрессирования болезни сменяется гипостенией. Если человек выздоравливает, отмечается обратная динамика. В других случаях органический астенический синдром приобретает

стабильный характер и мало поддается коррекции, в силу чего он является главным дефектом, определяющим психическую деятельность на отдаленных стадиях заболевания.

В динамике психических процессов у больных с органическими поражениями отмечаются заторможенность, трудности переключения, а на начальных этапах – неравномерный характер протекания умственной деятельности.

В зависимости от заболевания у больных появляются различные нарушения восприятия – от агнозий до псевдогаллюцинаций.

Нарушения мышления обычно проявляются в виде снижения уровня обобщения, непоследовательности суждений либо, наоборот, инертности, вязкости мышления, резонерства. Могут также наблюдаться содержательные расстройства мышления – сверхценные идеи или бред. В этом случае речь идет о наличии органического бредового расстройства.

Органические поражения головного мозга вызывают грубые нарушения памяти вплоть до полной неспособности усваивать и воспроизводить новую информацию (корсаковский синдром).

Расстройства внимания и сознания обычно характерны для острых стадий болезненного процесса (оглушение, аменция, делирий). В дальнейшем могут наблюдаться трудности в концентрации и переключении внимания.

К нарушениям личности и эмоциональной сферы при органических поражениях относят ослабление способности к волевой регуляции поведения, импульсивность и раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, приступы депрессии и тревоги. Иногда отмечаются обеднение мотивационной сферы, эгоцентричность, ипохондрия (неоправданная убежденность в наличии физического заболевания).

Ведущая роль в диагностике органических поражений мозга принадлежит объективным методам (ядерно-магнитный резонанс, компьютерная томография, электроэнцефалография, анализ спинномозговой жидкости и т.п.). Вместе с тем во многих случаях необходимо проведение тщательного патопсихологического исследования, поскольку органические заболевания развиваются медленно, и их начальные симптомы схожи с симптомами других психических расстройств. Например, на начальной стадии болезни Альцгеймера может

развиваться депрессия[1], что иногда приводит к ошибочной диагностике (пример 2.20).

Пример 2.20. Маскировка проявлений органического психосиндрома нарушениями эмоциональной сферы

Женщина 55 лет, преподаватель вуза, поступила в психиатрическую клинику с жалобами на сниженное настроение, тревогу, нарушение сна. Предварительный диагноз, поставленный на основе жалоб пациента (тревожно-депрессивное расстройство, церебральный атеросклероз), оказался неверным. Выяснилось, что причиной эмоциональных проблем пациентки явилось нарушение памяти, из-за которого резко снизилось качество проводимых ею занятий и возник конфликт с руководством кафедры. В течение года мнестические расстройства прогрессировали, вызвав значительные нарушения социальной адаптации, в то время как расстройства эмоциональной сферы перестали проявляться. Повторное патопсихологическое исследование выявило характерные для болезни Альцгеймера нарушения зрительно-пространственного восприятия и произвольных движений.

Кроме того, патопсихологическое исследование позволяет провести дифференциальную диагностику между различными по виду органическими поражениями, а также определить степень имеющихся нарушений, что важно для определения трудо- и дееспособности больного, для оценки эффективности проведенного лечения. Особое значение приобретает патопсихологическая диагностика в случае преходящих нарушений мозгового кровоснабжения (например, при сосудистом спазме).

Прогноз в случае органического поражения мозга может быть различным, от полного выздоровления до летального исхода. Одним из самых тяжелых последствий заболевания мозга является деменция.

Деменция – глобальное нарушение когнитивных способностей, имеющее обратимый, хронический или прогрессирующий характер и приводящее к значительному снижению социальной адаптации

Деменции могут быть следствием атрофических заболеваний (болезни Альцгеймера, болезни Пика, хореи Гентингтона, болезни Паркинсона, рассеянного склероза), нарушений обмена

[1] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology / J. Vitkus. New York, 1993.

веществ, черепно-мозговых травм, заболеваний сосудов головного мозга, СПИДа, алкоголизма, эпилепсии, нейроинфекций.

Наиболее часто к деменции приводят болезнь Альцгеймера (50% случаев), инсульты и инфаркты головного мозга (25%), черепно-мозговые травмы[1].

Согласно МКБ-10, основными признаками синдрома деменции являются: значительные нарушения памяти; грубые расстройства по меньшей мере одной из нижеперечисленных функций: праксис, гнозис, речь, мышление; нарушение регуляции произвольной деятельности и значительное снижение социальной адаптации.

Эти симптомы должны проявляться в течение шести и более месяцев, без помрачений сознания.

Несмотря на значительную распространенность деменции среди пожилых людей (для возрастной группы от 60 до 80 лет около 9% и для людей старше 80 лет – около 20%), ее проявления необходимо отличать от признаков нормального старения. У здоровых пожилых людей по мере старения постепенно снижается способность к концентрации внимания, замедляется темп протекания психических процессов, уменьшается продуктивность усвоения новой информации. При этом нарушения памяти могут быть скорректированы благодаря подсказкам, организующей помощи. У них отсутствуют симптомы локальных поражений коры мозга в виде агнозий, апраксий и афазий. Уровень обобщения соответствует норме[2].

Стандартные тесты на интеллект больным с деменцией малодоступны. Кроме того, они не позволяют определить тип деменции. Поэтому были разработаны специальные тесты для ее выявления. Наиболее популярными из них являются «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination), «Батарея лобной дисфункции» (Frontal Assesment Battery), «Тест рисования часов» и «Шкала общего нарушения психосоциального функционирования» (Global Deterioration rating). Стимульный материал к данным тестам и инструкции по их применению приводятся в Приложении 1. Следует учитывать, что на ранних стадиях картины различных

---

[1] См.: *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current Perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York, 1988; *Дамулин, И.В.* Диагностика и лечение деменций / И.В. Дамулин // Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12, № 7.

[2] *Дамулин, И.В.* Диагностика и лечение деменций.

по этиологии деменций могут значительно различаться. Указанные выше тесты создавались прежде всего для выявления деменции альцгеймеровского типа и для отграничения ее от лобной деменции при болезни Пика[1]. Поскольку причины деменции могут быть иными, особое значение приобретают дополнительные методы оценки психического статуса, основанные на анализе поведения больного в быту, характера его жалоб; особенностей усвоения инструкций и выполнения заданий в ходе патопсихологического исследования.

При деменции *снижается* или *отсутствует критичность больного к своему состоянию* и *к поведению*. Это может выражаться в отсутствии жалоб, в неадекватном благодушии, в легкомысленном отношении к появляющимся ошибкам, в неадекватных планах на будущее.

Отмечаются *грубые нарушения памяти*, прежде всего на текущие события. С развитием заболевания нарушаются память на прошлые события и способность к усвоению новой информации. Расстройства памяти часто выражены настолько сильно, что существенно затрудняют повседневную жизнь больного. Типичны конфабуляции. Больной не в состоянии запомнить инструкции к заданиям, забывает, какие методики он уже выполнял. В быту такие нарушения проявляются в том, что человек забывает выполнять необходимые повседневные действия – принимать лекарства, выключать свет, газ, не может найти свои вещи. Вследствие расстройств памяти страдает ориентировка во времени, месте и в собственной личности.

Поскольку *вербальные способности* больного могут быть серьезно нарушены, уже в ходе предварительной беседы необходимо обращать внимание на особенности построения фраз, словарный запас, артикуляцию и понимание речи. У больного с деменцией сужается словарный запас, снижается способность к построению сложных фраз, а в случаях выраженной деменции речь вообще отсутствует, больной издает бессвязные звуки. Следует помнить, что больной, страдающий афазиями и дизартриями вследствие локальных поражений мозга, также может быть неспособен к речевому контакту, однако при этом у него, как правило, сохранны способность к

---

[1] *Захаров, В.В.* Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. 2004. № 10.

мышлению и память. Кроме того, при афазиях или дизартриях серьезно страдает лишь одна сторона речи (например, артикуляция, различение фонем и т.п.).

Нарушение мышления выражается в грубом снижении способностей к обобщению и абстрагированию. Больной не усваивает или усваивает с трудом простейшие инструкции к заданиям, не понимает пословицы, метафоры, не может выделить существенное сходство между предметами, провести их классификацию, определить понятия, установить логические аналогии. В целом большинство методик больному либо вообще недоступны, либо он не может выполнить их до конца.

Отмечаются *грубые нарушения в моторной сфере.* Прежде всего страдают тонкие движения, что делает невозможным или затруднительным повседневные действия, рисование и письмо. Могут нарушаться и более элементарные навыки – например, ходьба.

Больной с выраженной деменцией не в состоянии ухаживать за собой, у него *нарушаются навыки опрятности.*

Обязательно нужно побеседовать с родственниками больного, чтобы полнее представить себе его поведение дома, а также получить информацию о начале и особенностях развития заболевания.

Таким образом, патопсихологическая диагностика деменции должна быть комплексной и адресоваться к различным психическим функциям, а не к одной лишь сфере мышления, при этом для выявления типа деменции большое значение имеют методики нейропсихологического исследования, направленные на оценку локальных симптомов.

Диагностика деменции часто имеет не только клиническое, но и социальное значение: от ее результатов зависит оценка трудо- и дееспособности больного, его дальнейшая судьба (назначение пенсии, помещение в интернат, решение жилищного вопроса). Поэтому психологическое заключение о наличии деменции должно быть тщательно обосновано.

2.2.2. Эпилепсия

Симптомы эпилепсии были хорошо известны уже врачам Древнего Египта и античности, которые оставили красочные, метафорические описания этого расстройства.

Эпилепсия – это хроническое органическое заболевание, при котором наблюдаются повторяющиеся пароксизмальные приступы в виде судорожных припадков и их психических эквивалентов

Распространенность эпилепсии достигает от всей популяции 1%, при этом в детском возрасте она встречается значительно чаще[1].

Чем тяжелее и чаще протекают припадки, тем выше вероятность развития нарушений психической деятельности и личности, вплоть до слабоумия. В патопсихологическом исследовании выявляются следующие нарушения:

• *инертность, замедленность психических процессов.* Так, таблицы Шульте больные выполняют за 1–2 минуты, что превышает норму, при этом не увеличивается количество времени, затрачиваемого на каждую таблицу. В.М. Блейхер указывает, что астенические состояния у больных истинной эпилепсией встречаются крайне редко[2]. Нарушение подвижности проявляется и в пробах на переключение, и в ассоциативном эксперименте, и в мышлении, и в речи;

• *вязкость, чрезмерная обстоятельность* и *детализация в мышлении, снижение уровня обобщения, резонерство, эгоцентризм суждений.* Больные неспособны переключиться на новый способ выполнения задачи, отвлечься от мелких деталей, отличаются ограниченным кругом ассоциаций. Это приводит к недостаточной продуктивности мышления. При неблагоприятном течении болезни снижение уровня обобщения нарастает, в итоге формируется эпилептическое слабоумие. Резонерство больных эпилепсией носит морализаторский характер и является отражением неосознанной попытки компенсации интеллектуального дефекта[3];

• *расстройства речи выражаются в ее обеднении, в склонности к использованию штампов, уменьшительных суффиксов, в олигофазии* (затруднение называния предметов). Олигофазия особенно отчетливо проявляется в послеприпадочный период, однако при неблагоприятном развитии заболевания может наблюдаться и между припадками;

---

[1] *Мартынов, Ю.С.* Нервные болезни / Ю.С. Мартынов. М., 1988.
[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.
[3] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология / Б.В. Зейгарник. М., 1999.

• *нарушается произвольное припоминание*, что в целом не является специфичным для эпилепсии, а отражает прогрессирующее поражение головного мозга. Кроме того, отмечаются амнезия на период эпилептического припадка, а также идентифицирующие парамнезии;

• *в восприятии отмечается чрезмерная детализация, неумение выделить главное*, что проявляется, например, при описании сюжетных картин или сложных неопределенных изображений типа рисунков из теста ТАТ;

• *расстройства личности* выражаются в эгоцентричности, обидчивости, злопамятности, повышенной педантичности. Больные стремятся поучать окружающих, склонны к морализаторству. На ранней стадии болезни педантичность больного имеет явно компенсаторный характер, однако подобная настроенность приводит к отвлечению от основной цели деятельности. Патологическая суженность смысловых образований приводит к тому, что для больного эпилепсией даже незначительная деталь может стать эмоционально насыщенной. Отмечается ипохондрическая фиксация на своем здоровье, обедняется круг интересов[1] (пример 2.22).

Пример 2.22. **Патопсихологическое исследование больного эпилепсией**

Испытуемому 49 лет. Обратился в диспансер по вопросу получения группы инвалидности. Диагноз: «Эпилепсия со сложными полиморфными приступами и изменением личности». В ходе обследования контакт устанавливается с трудом. Затруднено понимание инструкций. К исследованию относится, скорее, негативно. Заторможен. Часто застывает в одной позе, перестает выполнять задание и отвечать на вопросы.

Выполнение патопсихологических методик:

10 слов:

4; 5; 5; 6; 5. Через час не помнит ни одного слова.

Отсчитывание от 100 по 7:

100; 93; 74; 63; 54 ... Далее сбивается и отказывается продолжать работу.

Исключение предметов:

Не усваивает инструкцию даже после нескольких ее предъявлений. Кроме того, неточно называет изображенные на карточках предметы. Так, моряка называет «*братом*». Отмечаются олигофазии и персеверации в ответах.

Понимание пословиц и метафор:

«Золотые руки». Поясняет верно.

---

[1] См.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Братусь, Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. М., 1988.

«Шила в мешке не утаишь» – «*шило острое*».

«Не все то золото, что блестит». Не может объяснить.

«Куй железо, пока горячо» – «*его нужно ковать, пока оно нагрето*».

Классификация предметов:

сразу начинает раскладывать карточки по достаточно общим признакам, однако не может их назвать или дает неточные названия. В итоге получаются следующие группы:

живое. Не называет;

одежда + обувь + градусник + посуда + мебель + глобус. Не называет;

инструменты + этажерка. «*Измерительные приборы*»;

«*фрукты овощи*»;

бутылка, стакан и транспорт. Не называет.

Когда больного просят увеличить группы (объединить), получается (если судить по содержанию групп) следующее:

живое;

предметы;

растения.

Однако эти три, в общем, адекватные группы больной не может правильно назвать.

Пиктограмма: рисунки слабо дифференцированные, отмечается неустойчивый нажим. Справляется с опосредованием всего четырех понятий:

веселый праздник (рисует мальчика и девочку). При последующем выполнении понятие не воспроизводит;

тяжелая работа (рисует кирпич и дом). Не воспроизводит;

темная ночь (задает вопрос: «*Почему темная*?»). Не рисует ничего;

болезнь. Отказывается рисовать.

Ни одно из слов не воспроизводит.

Таблицы Шульте: 2'20''; 2'10''; 2'30''; 2'10''; 1'45''.

Приведенные выше данные патопсихологического исследования свидетельствуют о наличии умеренно выраженного интеллектуально-мнестического снижения, олигофазии, ослабленной способности к концентрации внимания, заторможенности, дисфоричности больного.

Б.С. Братусь, анализируя структуру патопсихологического эпилептического синдрома, отмечает, что первичным психофизиологическим нарушением при эпилепсии является инертность нервных и психических процессов. Это создает особые условия для протекания любой психической деятельности. Больным становятся недоступными не только сложные, но и автоматизированные виды деятельности. Это вызывает «значительную перегрузку сознания, вынужденного вникать в каждую техническую подробность выполнения действия. В результате …каждая операция может стать сама по себе созна-

тельной целью, а затем и сознательным мотивом деятельности больного»[1]. При эпилепсии мы видим не только обстоятельность и застревание на деталях, но и малопонятные для окружающих злопамятность и обидчивость, склонность к аффективным вспышкам по незначительным поводам: «То, что для здорового является пустяком, а иногда и вовсе незаметной деталью, для больного может иметь прямой, нередко внутренне насыщенный аффективный смысл»[2].

Гиперсоциальность и морализаторство больных также можно рассмотреть как стремление к компенсации интеллектуального дефекта.

2.2.3. Болезнь Альцгеймера

Эта болезнь была впервые описана А. Альцгеймером в 1906 г. как особый тип пресенильной, рано начинающейся деменции.

Болезнь Альцгеймера – хроническое, неуклонное прогрессирующее атрофическое заболевание головного мозга, которое приводит к деменции

Атрофия при болезни Альцгеймера затрагивает прежде всего кору головного мозга (наружные и медиальные лобные, височные и теменные доли). Постепенно уменьшается количество кортикальных извилин, увеличиваются борозды и желудочки мозга. Также наблюдается деструкция подкорковых структур, оказывающих стимулирующее влияние на работу коры (гиппокампа, лимбической системы, миндалины, отделов ретикулярной формации).

Атрофия при болезни Альцгеймера носит специфический характер. В головном мозге образуются так называемые «сенильные бляшки», состоящие из белковых волокон, дегенерировавших отростков нервных клеток, а также нейрофибриллы – утолщенные, спиралевидные остатки нервных клеток со сморщенными ядрами. Считается, что нарушения психической деятельности наступают на том этапе, когда количество фибрилл и бляшек превысит определенный порог.

---

[1] *Братусь, Б.С.* Аномалии личности. С. 181.

[2] Там же. С. 183.

Диагностика болезни Альцгеймера как с помощью объективных, так и с использованием клинико-психологических методов, представляет значительную сложность. Иногда лишь посмертный анализ позволяет сделать окончательный вывод о характере корковой атрофии. Начало заболевания незаметное, поэтому и сам больной, и его близкие связывают появляющиеся нарушения с обычными возрастными изменениями. В отличие от нормального процесса старения при болезни Альцгеймера снижается количество дендритов – ответвлений нейронов, обеспечивающих горизонтальные связи в коре[1].

В развитии болезни Альцгеймера выделяют несколько стадий, в зависимости от которых различаются характер и степень нарушений психической деятельности.

На первой стадии наблюдаются изменения интеллекта, памяти и внимания без выраженных очаговых симптомов. Наиболее характерным признаком являются прогрессирующие расстройства эпизодической памяти, а также памяти на события, хронологически близкие к началу заболевания. Могут наблюдаться конфабуляции – как попытки заполнить провалы в памяти. Больные забывают назначенные встречи, не могут найти нужные им вещи.

По мере нарастания амнестических расстройств конфабуляции исчезают, больные равнодушно относятся к невозможности припомнить что-либо. Возникает амнестическая дезориентировка, а также фиксационная амнезия – невозможность удержания в памяти новой информации. Например, больной не может запомнить имя собеседника. У пациента с трудом вырабатываются новые двигательные стереотипы. При этом в большинстве случаев наблюдаются также расстройства эмоций и поведения, которые, возможно, являются реакцией личности на прогрессирующие мнестические нарушения. Больные становятся депрессивными, раздражительными, менее активными. К концу развития первой стадии уже отмечается интеллектуальная недостаточность, утрата старых навыков. Появляются локальные симптомы, например, конструктивная апраксия, симультанная агнозия, акалькулия, амнестическая афазия, затруднения и ошибки в произнесении слов, неуверенная, дрожащая речь. Отмечаются ошибки в ударениях. Достаточно характерным симптомом является семантическая афазия. Значительно изменяется почерк – дрожащие буквы,

---

[1] *Bradshaw, J.L.* Clinical Neuropsychology: Behavioural and brain science / J.L. Bradshaw, J.B. Mattingley. San Diego, 1995.

потеря слитности и автоматизма письма. В.М. Блейхер полагает, что на первой стадии можно отметить характерные признаки очаговой симптоматики, связанной с поражением теменно-затылочных отделов коры.

На второй стадии к указанным выше симптомам присоединяются сенсорная афазия, грубые нарушения движений, вплоть до судорог и выраженного (паркинсонического) тремора. Прогрессирует интеллектуальное снижение.

На третьей стадии наступает глубокое слабоумие[1].

2.2.4. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ)

Черепно-мозговая травма является одной из наиболее распространенных причин органического поражения головного мозга. Принято выделять несколько *стадий развития* нарушений психической деятельности после черепно-мозговой травмы[2]:

- *начальная*. Длится до трех суток и характеризуется так называемыми «общемозговыми» симптомами. Отмечаются потери сознания различной глубины и длительности;
- *стадия оглушения*. Характеризуется помрачениями сознания, иногда напоминающими опьянение, делирием, могут возникать психотические расстройства;
- *поздняя*. Для нее характерно неустойчивое состояние, которое может осложняться при любой инфекции;
- *резидуальная* (стадия отдаленных последствий). На этой стадии в случае неблагоприятного исхода ЧМТ сохраняются отдельные нарушения психической деятельности.

В.М. Блейхер выделяет следующие варианты нарушений психической деятельности при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы:

- астения, проявляющаяся в снижении продуктивности к концу работы, в поверхностности суждений. Астенический синдром – основной синдром для всех периодов черепно-мозговой травмы;
- локальные симптомы;
- прогрессирующее слабоумие (3–5% больных);
- интеллектуально-мнестическое снижение без слабоумия;

[1] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.
[2] *Мартынов, Ю.С.* Нервные болезни / Ю.С. Мартынов. М., 1988.

• выраженные характерологические изменения при незначительном или умеренном интеллектуально-мнестическом снижении. Нарушения личности, вероятнее всего, связаны с повреждениями фронтальной коры и лимбической системы. Отмечаются инертность или импульсивность, слабый контроль за проявлениями гнева, неадекватная самооценка, депрессия;

• снижение инициативы и произвольности поведения вплоть до полной аспонтанности[1].

В табл. 2.1 представлены варианты различных исходов черепно-мозговых травм с учетом как их клинических проявлений (клинический синдром), так и социальных последствий.

Таблица 2.1

Психиатрические и социальные варианты исходов черепно-мозговой травмы (по Тиганову)

Клинический синдром	Социальные показатели исхода черепно-мозговой травмы
1. Отсутствие психических нарушений	1. Прежний объем работы по специальности без утомляемости, преморбидный уровень общения
2. Стойкий неврозоподобный синдром	2. Прежний объем работы по специальности с утомляемостью, некоторое ограничение общения 3. Сниженный объем работы по специальности, заметное снижение круга общения
3. Эмоционально-личностный дефект	4. Работа не по специальности, облегченный труд, затруднения взаимодействия с коллективом
4. Умеренный познавательный дефект	5. Ведение хозяйства, работа в специальных условиях, бедность внесемейных контактов 6. Полное самообслуживание, помощь по хозяйству, контакты ограничены семьей
5. Слабоумие с ориентировкой	7. Самообслуживание при легкой опеке без помощи по хозяйству, затруднение общения в семье
6. Слабоумие с дезориентировкой	8. Частичное самообслуживание, непостоянный посторонний уход, бедный формальный контакт
7. Слабоумие с распадом речи	9. Отсутствие самообслуживания, постоянный уход, наличие лишь элементарного контакта
8. Вегетативный статус	10. Невозможность существования без постоянного ухода, полное отсутствие контакта

Источник: *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии. Т. 2. С. 177.

---

[1] См.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2 / А.С. Тиганов [и др.]; под ред. А.С. Тиганова.

Показатели 1–4 (социальные показатели исхода черепно-мозговой травмы) считаются относительно благоприятными, показатели 5–7 свидетельствуют об умеренной инвалидизации, начиная с показателя 8 можно говорить о тяжелом нарушении социальной адаптации и трудоспособности.

Если у большинства больных когнитивные нарушения в течение первого года после травмы постепенно сглаживаются, то в ряде случаев наблюдается прогрессирующее слабоумие. Иногда оно наступает после нескольких лет относительной психической стабильности. Если слабоумие и не наступает, то все же у некоторой части больных в резидуальном периоде отмечаются нарушения мышления (прежде всего динамического характера, затруднения планирования и организации мышления).

Обычно степень тяжести ЧМТ оценивается соответственно длительности потери сознания и длительности периода, на который распространяется посттравматическая амнезия. Ниже приводится типичный пример нарушений психической деятельности у такого больного (пример 2.21):

***Пример 2.21.* Данные патопсихологического обследования больного с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы**

Больной 45 лет, образование среднее. Обратился к психиатру по поводу снятия статьи в военном билете. В настоящий момент никакого лечения не принимает, активных жалоб нет.

Выполнение патопсихологических методик:

10 слов:

1; 6; 7; 7; 7. Отсроченное воспроизведение – 7 слов.

Исключение предметов:

кот. Адекватное пояснение;
ведро. Адекватное пояснение;
птица. Адекватное пояснение;
солнце. Затрудняется в вербализации;
этажерка. «*Потому что она предназначена для книг*»;
письмо. *Остальное* – «*музыка*»;
пистолет «*Оружие*»;
часы? очки? Затрудняется объяснить;
мяч. «*Зимнее*»;
воздушный шар. «*Он реже попадается*».

Таблицы Шульте:

1'; 47"; 1'8"; 1'; 1'8".

Таким образом, по данным исследования, отмечается легкое интеллектуально-мнестическое снижение, истощаемость психических процессов по гиперстеническому типу.

2.2.5. Инфекционные поражения мозга

Головной мозг может повреждаться в результате различных вирусных и бактериальных инфекций. Они могут быть первичными, непосредственно поражающими нервные клетки, или вторичными, когда нервная система страдает в результате преодоления возбудителем гематоэнцефалического барьера[1]. Единой классификации ***инфекционных заболеваний мозга*** не существует. В зависимости от характера повреждения выделяют абсцессы, энцефалиты, менингиты, арахноидиты. В зависимости от возбудителя нейроинфекции делятся на вирусные и бактериальные. Из последних в данном параграфе будет рассмотрен нейросифилис как одна из наиболее неблагоприятных в плане формирования патопсихологического синдрома инфекций.

Симптомы *абсцесса* весьма изменчивы, они носят как локально специфичный характер, определяемый расположением инфекционного очага, так и общемозговой, отражающий наличие тяжелого заболевания.

Абсцесс – очаг инфекции, инкапсулированный посредством соединительных тканей, вследствие чего лечение данного поражения антибиотиками оказывается неэффективным. Абсцесс продолжает расти и развиваться внутри своей оболочки. Причиной абсцесса может быть проникновение какой-либо соматической инфекции либо чужеродного тела в мозг

При остром развитии абсцесса наблюдаются делирий, амнестическая дезориентировка, галлюцинаторные и кататонические симптомы. При хроническом развитии еще до появления основных нарушений возникают раздражительность, лабильность настроения, повышенная утомляемость. Далее к этим нарушениям присоединяются симптомы острой стадии – повышение температуры, ригидность мышц шеи, потеря аппетита, судороги. Как только очаг инфекции обволакивается соединительными тканями, характер симптомов изменяется. Развиваясь, очаг оказывает давление на соседние участки мозга, мешая их функционированию (аналогичным образом дей-

[1] *Мартынов, Ю.С.* Нервные болезни / Ю.С. Мартынов. М., 1988.

ствует опухоль). Появляются головная боль, тошнота, рвота, нарушаются зрение и сознание (ступор, сноподобное состояние, колебания цикла сон – бодрствование), могут развиться локальные гностические и моторные расстройства. Лечение абсцесса обычно заключается в устранении поврежденного участка ткани и антибиотической фармакотерапии. Однако и после него у пациентов в некоторых случаях сохраняются довольно значительные психологические и поведенческие проблемы, характер и степень выраженности которых зависят от размера и локализации абсцесса, а также от возраста пациента.

К долговременным последствиям абсцессов относятся астения, нарушения эмоциональной сферы в виде раздражительности, плаксивости, повышенной возбудимости. В некоторых случаях отмечается интеллектуально-мнестическое снижение. Развитие деменции в результате абсцесса является маловероятным[1].

По сравнению с локальным поражением типа абсцесса, энцефалит, как и воспаления мозговых оболочек, относится к диффузным поражениям мозга[2].

Энцефалит – воспаление тканей головного мозга.
Менингит – воспаление мягких мозговых оболочек.
Арахноидит – воспаление паутинной оболочки мозга, обычно с вовлечением мягкой сосудистой оболочки

Патопсихологическое исследование помогает выявить и оценить нарушения личности и психических процессов на отдаленной стадии диффузного воспаления мозга. Для таких больных характерны астения, депрессивно-ипохондрические расстройства, изменения личности по органическому типу (психопатоподобный синдром), в неблагоприятных случаях – интеллектуально-мнестическое снижение вплоть до деменции, судорожные припадки[3] (пример 2.22).

Пример 2.22. **Патопсихологическое исследование больного с отдаленными последствиями менингита**

Больной 46 лет, образование среднее. В процессе исследования предъявляет жалобы на снижение работоспособности. Задания выполняет в замедленном темпе.

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.
[2] *Мартынов, Ю.С.* Нервные болезни.
[3] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

Выполнение патопсихологических методик:

10 слов:

4; 5; 5; 5; 5. Отсроченное воспроизведение через 30 минут – 5 слов.

Аналогии (*субтест из методики Векслера*):

апельсин – банан. «Продукты питания»;

пальто – платье. «*Пальто одевается наверх*»? «*Предметы одежды*»;

топор – пила – «*Топором рубят*»? «*Предметы хозяйственного назначения*»;

собака – лев. «*Лев это млекопитающее*»? «*Звери*»;

стол – стул. «*Предметы рабочего назначения*»;

глаз – ухо (длительная пауза перед ответом). «*Органы чувств*»;

воздух – вода. Отказ;

север – запад. «*Направления*»;

поэма – статуя. Отказ;

яйцо – зерно. «*Продукты питания*»;

поощрение – наказание. «*Типы вознаграждения*».

Понимание пословиц и метафор:

Куй железо, пока горячо – «*Делай дело, чтобы не откладывать*».

Не все то золото, что блестит – «*Видимо, про деньги. Не в деньгах счастье*».

Яблоко от яблони недалеко падает – «*Это связано с характером человека*».

Один в поле не воин – «*Одному трудно бороться против нескольких людей*».

Шила в мешке не утаишь – «*Нужно говорить правду все время*».

Таблицы Шульте:

4', 30" ушло на выполнение первой таблицы. В силу явной замедленности и истощаемости больного дальнейшая работа прекращена.

Полученные данные свидетельствуют о нарушениях памяти (ослабление способности к произвольному воспроизведению, снижение объема кратковременной памяти, снижение продуктивности произвольного запоминания), мышления (снижение уровня обобщения, проявляющееся в конкретно-ситуативных суждениях, затруднении выделения существенных признаков, буквальном или приблизительном понимании пословиц), а также динамики психических процессов в виде выраженной заторможенности. Интеллектуально-мнестическое снижение носит умеренный характер. Заметно, что организующая помощь экспериментатора, например уточняющие вопросы, делают возможным более-менее адекватное выполнение задания.

Нейросифилис является опасной и, как правило, диагностируемой с опозданием формой мозговой инфекции. Выделяют различные его виды, из которых наиболее изученными в

плане психических расстройств являются сифилис мозга и прогрессивный паралич.

Нарушения психической деятельности при *сифилисе мозга* зависят от стадии заболевания, а также характера и локализации поражения. Отмечаются нарушения сознания (делирий, сумеречное состояние), астения, раздражительность, апатия, бредово-галлюцинаторные синдромы, снижение способности к обобщению. При сосудистой форме сифилиса мозга отмечаются инсульты с характерными для них локальными последствиями.

Прогрессивный паралич при отсутствии адекватного лечения характеризуется неуклонным нарушением психической деятельности вплоть до развития деменции. К числу ранних проявлений прогрессивного паралича относится астения. Далее проявляются нарушения эмоционально-волевой сферы в виде вялости, апатии, слабодушия. Снижается критика больного к своему поведению, в силу чего он совершает легкомысленные и неадекватные поступки. Отмечается нелепый бред величия и богатства. На последней стадии развивается слабоумие[1] (пример 2.23).

***Пример 2.23.* Поведение больного с прогрессивным параличом в ходе патопсихологического исследования**

В ходе предварительной беседы больной жалоб на свое состояние не предъявляет. К нарушениям поведения (немотивированная агрессия в отношении соседей, порча общественного имущества), которые в итоге привели к его аресту и назначению принудительного обследования, относится без критики. В присутствии сопровождавших его на обследование милиционеров открыто обсуждает свои планы «разобраться» с соседями после освобождения, говорит о якобы спрятанном в ботинке ноже. В процессе исследования держится горделиво и несколько снисходительно по отношению к психологу. Перед началом работы долго рассматривает себя в зеркале, поправляет прическу и одежду. Выполняя задания, старается использовать английские слова, полагая, что в этом случае его ответы будут непонятными для окружающих. Каждый раз, произнеся такое слово, внимательно смотрит на собеседника, «проверяя» его реакцию. По данным исследования, наряду с нарушениями эмоционально-волевой и личностной сферы отмечается интеллектуальное снижение. Результаты анализа спинномозговой жидкости показали наличие сифилитического поражения нервной системы.

---

[1] См.: *Мартынов, Ю.С.* Нервные болезни; *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

2.2.6. Церебральный атеросклероз

По некоторым данным, на сосудистые поражения мозга у лиц старше 60 лет приходится около 30% всех случаев психической патологии[1]. Часто они становятся причиной деменции. Существует много разновидностей таких поражений, из них церебральный атеросклероз является типичной для лиц пожилого возраста формой сосудистого расстройства.

Церебральный атеросклероз – хроническое заболевание головного мозга, вызываемое сужением кровеносных сосудов и снижением эластичности их стенок вследствие липоидных отложений

Основными нарушениями психической деятельности при данном заболевании являются астения, проявляющаяся уже на ранних этапах, недостаточность активного внимания, грубые расстройства памяти (в основном – произвольного запоминания и воспроизведения при относительно сохранной ассоциативной памяти). Постепенно возникают нарушения мышления, вначале в виде непоследовательности суждений, затем развивается снижение уровня обобщения. Одним из типичных проявлений церебрального атеросклероза в аффективной сфере являются эмоциональная неустойчивость, раздражительность и слабодушие[2].

Атеросклероз наряду с гипертонией является одной из наиболее распространенных причин сосудистой деменции. Ее наступление связано с возникающими на фоне мозговой ишемии острыми нарушениями мозгового кровоснабжения – инфарктами мозга и гибелью нервных клеток. В зависимости от преобладающих нарушений выделяют различные виды сосудистой деменции. В некоторых случаях можно наблюдать сочетание сосудистой деменции и болезни Альцгеймера. В целом сосудистое слабоумие редко достигает степени тотального распада психики, при этом в отличие от болезни Альцгеймера локальные симптомы не обязательно сочетаются с интеллектуально-мнестическим снижением[3].

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

[3] Там же.

2.2.7. Основные направления психологической помощи больным с органическими поражениями мозга

Психологическая помощь при заболеваниях головного мозга должна быть направлена на компенсацию дефектов психической деятельности и на приспособление человека к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации. Таким образом, речь идет не столько о психотерапии, сколько о коррекционном обучении в рамках психологической реабилитации и о психологическом консультировании больного и членов его семьи.

Так, рассматривая возможности психологической помощи больным с эпилепсией[1], Б.С. Братусь называет такие ее задачи, как приобщение к посильной трудовой деятельности, придание этой деятельности статуса значимой, необходимой для других людей. Необходимо выявлять и стимулировать желание пациента работать, предоставить ему возможность попробовать свои силы в различных областях. При этом задания больному следует давать в постоянно усложняющейся форме.

При заболеваниях, приводящих к слабоумию, задача психологической помощи заключается в создании для пациента когнитивно простой и безопасной среды, в которой он мог бы адекватно функционировать. В частности, при болезни Альцгеймера такая помощь может быть направлена:

- на информирование пациента и его близких о болезни;
- обучение больного приемам запоминания и концентрации внимания, позволяющим увеличить срок, в течение которого он может вести самостоятельную жизнь;
- преодоление тревоги, фрустрации, чувства утраты, которые вызваны осознанием смертельности и необратимости болезни[2].

Остановимся подробнее на второй из этих задач, поскольку она в данном случае носит специфический характер. Для пациентов с болезнью Альцгеймера вопросы на различение и узнавание являются более легкими, чем вопросы на активное припоминание. Больному проще ответить, ел он на завтрак

[1] *Братусь, Б.С.* Аномалии личности.
[2] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology / J. Vitkus. New York, 1993.

йогурт или кашу, нежели «что конкретно» он ел. Для того чтобы облегчить пациенту его повседневную жизнь, обеспечить выполнение рутинных задач, в квартире в нужных местах развешиваются таблички с напоминаниями типа «Выключи свет», «Прими лекарства» и т.п. Над кнопками и выключателями прикрепляются соответствующие указатели (вкл. – выкл.). Также больной снабжается подробными инструкциями о том, как добраться до какого-либо места в доме или в городе. Пациенты с болезнью Альцгеймера остро нуждаются в контактах и в социальной поддержке. Показано, что когда эти условия присутствуют, процесс слабоумия развивается гораздо медленнее[1].

Непосредственно восстановить нарушенную функцию, как правило, не удается (например, пациент с болезнью Альцгеймера или с последствиями черепно-мозговой травмы не в состоянии развить или улучшить свою память). Однако в силу сложного, многоуровневого характера психической деятельности, наличия параллельных каналов переработки информации в головном мозге возможна частичная компенсация имеющегося дефекта. Так, у некоторых больных с нарушениями памяти опосредование, использование смысловых связей в процессе запоминания существенно улучшает качество воспроизведения.

Резюме

Основными характеристиками психоорганического синдрома являются нарушение динамики психических процессов, когнитивных функций, эмоционально-волевой сферы и личности. При неблагоприятном течении болезни или лечения органическое поражение мозга приводит к деменции, т.е. к необратимому глобальному слабоумию. Признаками деменции являются значительное нарушение памяти, речи, мышления и произвольных движений, а также регуляции деятельности, грубое снижение социальной адаптации. Психологическая помощь при органических расстройствах должна быть направлена на компенсацию дефектов психической деятельности и предотвращение десоциализации больного.

---

[1] *Kitwood, T.* Towards the Reconstruction of an Organic Mental Disorder / T. Kitwood // Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives of Health and Disease. Ed. by A. Radley. New York, 1995.

Литература

Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. Киев, 1986.

Захаров, В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. 2004. № 10.

Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. М., 1999.

2.3. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В современной клинической психологии к группе тревожных расстройств относят все психопатологические синдромы, где основным симптомообразующим фактором является тревога, которую можно наблюдать или измерить (табл. 2.2). Ранее тревожные, диссоциативные и соматоформные расстройства объединялись в одну группу неврозов. Термин «невроз» был предложен в XVIII в. шотландским врачом В. Кулленом, который рассматривал его как органическое заболевание центральной нервной системы. Затем в конце XIX в. З. Фрейд предложил свое понимание невроза, связав его с тревогой. Оно закрепилось в психиатрии и медицинской психологии на долгие годы. Действительно, до недавнего времени тревога рассматривалась как главная характеристика невроза, однако в последние десятилетия XX в. положение изменилось. Многие клиницисты указывали на то, что в действительности тревога наблюдается лишь при некоторых неврозах, но что при этом она может быть симптомом и других психических расстройств, и, наконец, что сам по себе термин «тревога» является искусственным. Несмотря на эти замечания, в МКБ-10 невротические, связанные со стрессом и диссоциативные расстройства были объединены в одну группу, поскольку они имеют две общие черты: пациенты сохраняют контакт с реальностью и могут заниматься повседневными делами. Это отражает сохранившееся понимание термина «невроз» как индикатора серьезности заболевания[1].

---

[1] *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York, 1988.

Одной из важных задач при определении сущности тревожных расстройств является дифференциация состояний страха, тревоги и паники. *Паника* – это эмоция, которая вызывает изменения поведения в регистре «борьба – бегство», т.е. связана с активацией симпатической нервной системы. *Тревога* – эмоция, связанная с невозможностью предсказать будущую ситуацию и установить над ней контроль. *Страх* – эмоция, возникающая в связи с определенным источником опасности. Как и паника, страх выражается в реакциях типа «борьба – бегство». При одних тревожных расстройствах преобладают страх и паника, а при других – собственно тревога[1].

Таблица 2.2

Основные разновидности тревожных и диссоциативных расстройств согласно МКБ-10

F40 Тревожно-фобические расстройства
F40.0 Агорафобия (с паническим расстройством и без него)
F40.1 Социальные фобии
F40.2 Специфические (изолированные) фобии
F41 Другие тревожные расстройства
F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
F42.0 Преимущественно навязчивые мысли
F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия
F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
F43.0 Острая реакция на стресс
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
F43.2 Расстройства адаптации
F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
F44.0 Диссоциативная амнезия
F44.1 Диссоциативная фуга
F44.2 Диссоциативный ступор
F44.3 Трансы и состояния овладения
F44.4 Диссоциативные расстройства моторики
F44.5 Диссоциативные судороги
F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия
F44.81 Расстройство множественной личности
F45 Соматоформные расстройства
F45.0 Соматизированное расстройство

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Окончание табл. 2.2

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
F45.2 Ипохондрическое расстройство
F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство
F48 Другие невротические расстройства
F48.0 Неврастения
F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

2.3.1. Фобическое и обсессивно-компульсивное расстройство

Симптомы фобии могут касаться практически любой ситуации и сочетаться с различными психическими расстройствами (прежде всего с депрессией). В незначительной степени выраженности они присутствуют в течение жизни у любого индивида. При этом сходство фобических и обсессивно-компульсивных расстройств определяется наличием *избегания* ситуаций, вызывающих тревогу[1].

При ***фобии*** страх вызывается определенными внешними ситуациями или объектами, которые не являются в настоящее время опасными. Сила страха может быть различной, от легкого дискомфорта до ужаса. В результате человек избегает этих объектов и ситуаций, при этом его тревога не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают их опасными. Страх может наблюдаться как непосредственно при столкновении с объектом, так и при мыслях о возможном столкновении.

Распространенность фобий составляет, по разным оценкам, 2–16%. При этом имеются гендерные особенности: в целом фобии, за исключением социальной, где показатели практически совпадают, больше распространены среди женщин[2].

При ***агорафобии*** страх связан с широким кругом ситуаций: посещение многолюдных и публичных мест, пребывание в толпе, путешествие в поездах, автобусах и самолетах (не так часто – в автомобилях), замкнутые, затрудненные для выхода места типа лифтов, тоннелей, театров и кинозалов, церквей, мостов, а также страх покидать дом или оставаться дома в одиночестве. Таким образом, страх открытых пространств не

---

[1] *Marks, I.M.* Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders / I.M. Marks. New York, 1987.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

является специфической характеристикой агорафобии. Скорее, для пациентов характерны генерализованные фобические реакции на различные ситуации, они всегда связаны с опасениями погибнуть или сойти с ума, остаться без помощи в незнакомом месте. Заболевание может сочетаться с паническими атаками или протекать без них. Обычно паническая атака длится несколько минут, но в некоторых случаях продолжается до нескольких часов. Первый приступ панической атаки связан с более-менее значительным стрессовым эпизодом, причем при агорафобии паническая атака предшествует возникновению страха, а не наоборот. В большинстве случаев агорафобия развивается в период от начала пубертата до 20 лет[1].

Признаками ***социальной фобии*** являются страх стать объектом внимания со стороны других людей, выглядеть глупо в их глазах, в результате чего больной стремится никак не проявлять себя на людях, избегает есть, пить, публично выступать в общественных местах. Социальные фобии бывают специфическими и генерализованными.

При ***изолированных фобиях*** тревога человека ограничена строго определенными ситуациями (страх высоты, грозы, насекомых и пр.).

Существует несколько основных ***подходов к объяснению фобий***: психоанализ, бихевиоризм, а также биологический подход. Согласно психоанализу, фобии являются защитой от тревоги, связанной с импульсами Ид (см. описанный З. Фрейдом случай маленького Ганса)[2]. Представители поведенческого подхода рассматривают фобии как выученное поведение. При этом утверждается, что они поддерживаются за счет таких когнитивных переменных, как направленность внимания, катастрофическая оценка пугающих ситуаций и собственных способностей, неправильная интерпретация интроцептивных ощущений и др. Особенности темперамента, генетическая предрасположенность (наличие фобий у родственников), нарушение обмена веществ (повышенная активность норадреналина) также могут повлиять на возникновение фобий. Наконец, эволюционная теория указывает, что мы более подготовлены к одним страхам, нежели к другим: люди чаще боятся

---

[1] *Marks, I.M.* Fears Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders.

[2] *Фрейд, З.* Анализ фобии пятилетнего мальчика / З. Фрейд // Фрейд, З. Психоаналитические этюды. Минск, 1991.

змей, чем велосипедов. В прошлом способность быстро приобретать страх перед определенными объектами способствовала выживанию[1].

При ***обсессивно-компульсивном расстройстве*** (далее в тексте – ОКР) для больного характерно возникновение нежелательных навязчивых мыслей и образов, которые, как правило, сопровождаются навязчивыми действиями, призванными нейтрализовать эти мысли или предотвратить ужасную ситуацию. ОКР обычно начинается в позднем подростковом или раннем зрелом возрасте, развивается постепенно и носит хронический характер. Его распространенность одинакова среди мужчин и женщин и составляет от всей популяции около 3%. В картине ОКР могут преобладать навязчивые мысли или навязчивые действия, но чаще всего наблюдаются их сочетания[2].

К числу основных обсессий, т.е. навязчивых мыслей и образов, относят мысли о возможном загрязнении, ущербе, потребность в поддержании симметрии, сексуальные обсессии, религиозные обсессии, патологические сомнения. Типичными компульсиями являются очистки, проверки, упорядочивание предметов, повторение действий и пересчитывание объектов.

Постепенное развитие смешанного обсессивно-компульсивного расстройства хорошо отражает пример 2.24.

Пример 2.24. Обсессивно-компульсивное расстройство на религиозной почве

Мария – домохозяйка, ей 68 лет, имеет четверых детей и десять внуков; выросла в религиозной семье. В течение всей жизни Мария была очень чистоплотной и аккуратной, как в одежде, так и в ведении домашнего хозяйства; всегда контролировала свои привычки, соблюдала религиозные ритуалы. Как известно, в процессе причастия верующие под видом облатки и вина вкушают Тело и Плоть Иисуса Христа. Согласно христианским догматам, облатка и вино не просто символизируют, но и *в действительности являются* частью Тела Божьего и потому сами священны. Лишь тот, кто очищен от греха (священник) может дотрагиваться до них, не оскверняя. Соответственно, именно священник вкладывает облатку в рот верующего. В 1969 г. Папа Павел VI провозгласил, что прихожане могут причащаться самостоятельно. Это известие вызвало у Марии сильную тревогу, поскольку она считала себя нечистой и боялась, что может осквернить Святой Дух, прикасаясь к облатке. Мария

---

[1] См.: *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

вместе с некоторыми другими пожилыми людьми настояла на том, чтобы ей облатки по-прежнему вкладывали в рот, и священник с пониманием отнесся к этой просьбе. Муж и другие родственники Марии приняли новые правила. Тогда Мария решила сделать себя настолько чистой, насколько это возможно, прежде чем прикасаться к вещам, а также держать все вещи в чистоте. Теперь она в среднем, с перерывами, мыла руки 6–8 часов в день, до тех пор пока кожа на них не трескалась и не начинала кровоточить. Одержимость Марии чистотой приняла такие формы, что она проводила целые часы, натирая и без того сияющий пол и безукоризненную мебель; избегала прикасаться к объектам, к которым прикасались ее родственники, а также к самим родственникам. Из-за этого последнего решения Мария уже несколько лет не целовала и не обнимала своих внуков (*Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology / J. Vitkus. New York, 1993).

Теории возникновения обсессивно-компульсивных расстройств в основном сходны с теориями возникновения фобических расстройств, однако считается, что биологические факторы (наследственные и биохимические) играют более значительную роль в их развитии и лечении.

2.3.2. Генерализованное тревожное расстройство

При генерализованном тревожном расстройстве (далее в тексте – ГТР) не удается выявить какого-либо одного определенного объекта, связанного с тревогой. ГТР выражается в постоянном чрезмерном беспокойстве по поводу двух и более событий (действий). У больных наблюдаются различные признаки постоянной сильной тревоги в виде утомляемости, раздражительности, нарушений сна, снижения концентрации внимания, мышечных болей напряжения. Р. Карсон[1] подчеркивает, что фундаментальной характеристикой генерализованного тревожного расстройства является тревожное предчувствие, т.е. постоянная готовность к негативным событиям.

Тревога людей с ГТР достаточно неопределенная, ее источник они сами не вполне понимают. Эта тревога сопровождается множеством соматических симптомов. Характерной чертой больных с генерализованным тревожным расстройством является ощущение дискомфорта и недовольства своей жизнью, ГТР нарушает социальную адаптацию, хотя, по некоторым оценкам, половина больных никогда не обращается за лечением. Если они и приходят к врачу, то это обычно происходит по

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

причине возникновения психосоматических симптомов, отражающих высокий уровень эмоционального напряжения.

Исследователи отмечают значительное отличие ГТР как от других тревожных расстройств, так и от расстройств настроения (глава 2.4). Иногда этот синдром рассматривается как резидуальная диагностическая категория. Генерализованное тревожное расстройство приблизительно в два раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин, соответственно: 6,6% и 3,6%.

Теории возникновения ГТР. Обычно в литературе развитие генерализованного тревожного расстройства объясняется действием биологических факторов. Среди других причин называется психическая травма (изнасилование, гибель партнера и т.п.)[1].

2.3.3. Посттравматическое стрессовое расстройство

Как следует из названия – «посттравматическое стрессовое расстройство» – начало заболевания провоцируется воздействием экстремальной ситуации, которая носит безусловно угрожающий или катастрофический характер. В отличие от острой реакции на стресс при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) эмоциональные и поведенческие проблемы сохраняются долгое время после момента психологической травмы. Признаками ПТСР являются стойкие, образные воспоминания о перенесенном стрессе, повторяющиеся сны о данном событии или сильные эмоциональные переживания, возникающие всякий раз, когда особенности ситуации ассоциируются со стрессором. Для больных характерны расстройства сна, вспышки гнева, ослабление концентрации внимания. У них может развиваться зависимость от психоактивных веществ, которые начинают употребляться с целью регуляции эмоциональных состояний. Посттравматическое расстройство начинается не позже, чем через шесть месяцев после действия стрессора.

Теории возникновения посттравматического стрессового расстройства. Расстройство возникает не у всех людей, по-

[1] См.: *Marks, I.M.* Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders; *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology. New York, 1993.

бывавших в экстремальных ситуациях. Р. Карсон указывает, что оно развивается приблизительно у 20% жертв катастроф[1]. Факторами, повышающими уязвимость к действию травматического стрессора, являются особенности личности (глава 1.4), женский пол, высокая выраженность стрессора.

2.3.4. Психологическая помощь при тревожных расстройствах

Наиболее эффективными видами психологической помощи при тревожных расстройствах являются поведенческая и когнитивная терапия[2].

При поведенческой терапии *фобических* и *обсессивно-компульсивных расстройств* чаще всего применяются следующие техники:

- *систематическая десенсибилизация*. Оптимальная частота сессий – не реже двух раз в неделю. Экспозиция вызывающего страх стимула принесет бо́льший эффект в том случае, если она будет достаточно длительной и проводится при предъявлении реального стимула;
- *прямая экспозиция* (с использованием релаксации);
- *наводнение*.

Сессии должны быть длительными (не менее 30 минут) и частыми – два и более раз в неделю; полная и тщательная проработка вызывающих страх ситуаций; контроль за уровнем тревоги во время сеанса и недопущение слишком сильного возбуждения; обязательное выполнение домашних заданий между сессиями (включающими экспозицию в реальных ситуациях); предотвращение избегающего поведения[3].

В терапии *посттравматического стрессового расстройства* используются различные когнитивные и бихевиоральные техники: информирование пациента о природе и последствиях страха, тренинг навыков. Важной целью терапии является

---

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] См.: *Marks, I.M.* Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders; *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[3] Там же.

преодоление зависимости от психоактивных веществ (которые могут усиливать чувство страха). Кроме того, могут применяться методы кризисного вмешательства (раздел 3).

Терапия *панического расстройства с агорафобией* заключается:

- в обучении клиента серьезному отношению к панической атаке;
- тестировании мыслей, которые приводят к большему дистрессу (обычно это мысли о потере самоконтроля);
- изменении наиболее стрессирующих мыслей;
- обучении релаксации и техникам дыхания.

В терапии *генерализованного тревожного расстройства* наиболее успешным является когнитивный подход (идентификация мыслей и ситуаций, вызывающих тревогу). Некоторые авторы рекомендуют так называемый «прямой» подход к решению проблем клиента. Например, больной не может купить себе костюм из-за тревоги, которая появляется у него в магазине, и он вместе с терапевтом начинает работать над решением этой конкретной задачи[1].

У тревожных больных когнитивные процессы связаны с предвосхищением опасности, с мыслями о собственной уязвимости и неспособности справляться с угрозой. Так, основное когнитивное содержание агорафобии выражается в мыслях о возможной физической или психологической катастрофе. Возникновение базовой схемы опасности может быть обусловлено смертью близких, которую человек пережил в детстве, опытом ранней сепарации или насилия. Подобные события формируют у человека убежденность во враждебности, неконтролируемости окружающего мира. Соответственно, когнитивная терапия должна быть направлена на модификацию этих убеждений[2].

2.3.5. Психологическая характеристика диссоциативных расстройств

Диссоциация – психическое состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными. Это отсутствие связи вы-

[1] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

[2] *Бек, А.* Техники когнитивной терапии.

ражается в потере произвольного контроля над процессами памяти, восприятия, а также над поведением.

Ф.В. Патнем указывает на принципиально адаптивный характер диссоциативных расстройств, поскольку диссоциация защищает человека от катастрофических переживаний. Все их можно распределить внутри континуума, и патологическими диссоциациями следует считать лишь те, при которых частота или контекст проявления выходят за определенные рамки. В качестве критерия склонности индивида к диссоциациям автор называет *гипнотическую восприимчивость*[1]. Поэтому примерами нормальных диссоциаций являются так называемые «дневные грезы» и состояния дорожного транса.

Основные виды диссоциативных расстройств представлены в табл. 2.2. В данном параграфе рассматриваются некоторые из них.

Психогенная амнезия выражается во внезапной неспособности вспомнить важную личную информацию. При этом остается сохранной возможность пользоваться общими знаниями (например, больные помнят сведения, полученные в школе). Как правило, больные осознают свой дефект, хотя это условие и не является обязательным. Данный вид амнезии всегда связан с травматическим событием и наступает непосредственно после него.

Психогенная фуга – патологическое состояние, при котором индивид предпринимает внезапную, неожиданную и чаще всего бесцельную поездку, покидает свой дом или привычное место работы. Во время скитаний сохраняется амнезия на все события жизни субъекта, предшествующие фуге, причем он не осознает наличие провалов в памяти. Данное состояние сопровождается чувством нарушения личностной идентичности (т.е. индивид не помнит, кто он такой), при этом развивающаяся на период фуги новая идентичность носит явный компенсаторный характер. Как и в случае амнезии, состоянию фуги предшествует острое травматическое событие (пример 2.25).

Пример 2.25. Возвращение в юность

Миссис Б. – домохозяйка средних лет. Она получила строгое религиозное воспитание, всегда была застенчивой, жила с чувством тревоги.

[1] *Патнем, Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф.В. Патнем. М., 2004.

Когда поступила в колледж и переехала в другой город, неожиданно расцвела, стала вести активный образ жизни. Этому во многом способствовала соседка по комнате – Роза, веселая и уверенная в себе девушка. Два года, проведенные в колледже, были, по воспоминаниям миссис Б., самыми счастливыми в ее жизни. К несчастью, ей и Розе нравился один и тот же юноша, который предпочел Розу. Миссис Б. впала в глубокую депрессию. Она вернулась домой и по настоянию родителей вышла замуж за человека, которого никогда не любила. В этом браке у нее родились двое детей. Сын погиб, и на следующее утро миссис Б. исчезла. О ней ничего не было известно целых четыре года. Наконец выяснилось, что она вернулась в город, где когда-то училась в колледже, закончила курс музыкальной школы и даже стала помощником директора. Теперь ее звали Розой. Когда знакомые встретили ее на улице, то поняли, что она не помнит совсем ничего из жизни в родном городе, о том, что у нее есть семья и ребенок (*Bootzin*, *R.* Abnormal psychology: Current perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York, 1988).

После выхода из состояния фуги, который может наступить как в результате лечения, так и спонтанно, наступает полная амнезия на события данного периода.

Расстройство в виде множественной личности (далее в тексте – РМЛ) выражается в существовании двух и более субличностей (они же – альтер-личности), обладающих своими особыми чертами, самосознанием и стереотипами поведения, уникальными гендерными, расовыми и возрастными характеристиками. В определенный момент времени одна из этих личностей доминирует в сознании и поведении субъекта[1]. Переключение между личностями происходит, как и в случае появления других диссоциативных симптомов, непроизвольно, достаточно быстро (от нескольких секунд до нескольких минут) и приводит к драматической смене поведения, эмоционального состояния и манеры поведения больного[2]. Диагноз расстройства в виде множественной личности может быть поставлен лишь в том случае, если клиницист сам наблюдал за проявлением альтер-личностей[3].

Альтер-личность ни в коей мере не является самостоятельной личностью, и было бы большой терапевтической ошибкой относиться к ней таким образом. Скорее, это дискретное состояние сознания, которое можно определить следующим образом:

---

[1] *Патнем, Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности.

[2] *Ялом, И.Д.* Терапевтическая моногамия / И.Д. Ялом // Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.

[3] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

«сущность с прочным, устойчивым и хорошо укорененным чувством самости, обладающую также характерным и последовательным паттерном поведения и чувствования в ответ на данный стимул. Эта сущность должна иметь определенный диапазон функционирования, эмоциональных реакций и значительную историю своей жизни (или своего собственного существования)» (*Патнем, Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности. С. 150).

Можно сказать, что альтер-личность – это особое образование личности, которое выполняет свои уникальные функции.

Дж. Виткус утверждает, что все субличности можно отнести к трем базовым кластерам:

• *основная* (главная) *личность*. Таким человека знает большинство окружающих. Как правило, отличается мягкостью, уступчивостью, тревожностью и депрессивностью, внимательным отношением к социальным нормам, ничего не знает об альтер-личностях и переживает периоды их проявления как провалы в памяти;

• *агрессивные субличности*. Субличности, поведение которых можно рассматривать как вариант гиперкомпенсации слабости главной личности;

• *промежуточные субличности*, или «переговорщики» осуществляют взаимодействие между двумя вышеуказанными субличностями, могут проявлять симпатию к основной личности.

Ф.В. Патнем представляет более обширный перечень возможных альтер-личностей, каждая из которых связана с отреагированием определенной эмоции и выполнением особых задач. В соответствии с этим он описывает помимо главной такие альтер-личности:

• *детские*. Альтер-личности, словно застывшие во времени, вновь и вновь реагирующие на психическую травму;

• *преследующие*. Альтер-личности, находящиеся в непримиримом конфликте с основной личностью. Они представляют собой интроекты неких зловещих фигур из детства больного;

• суицидальные;

• хранящие все воспоминания о жизни;

• внутренние помощники;

• противоположного пола;

• ведущие беспорядочную сексуальную жизнь;

- злоупотребляющие психоактивными веществами;
- администраторы;
- аутисты;
- обладающие особыми талантами и пр.[1]

Взаимодействие субличностей характеризуется асимметричной амнезией: в то время как ключевая личность обычно не имеет прямого знания о других личностях, другие субличности имеют о ней хотя бы ограниченную информацию. Несмотря на то что агрессивные субличности вроде бы призваны компенсировать дефекты и проблемы основной личности, в действительности же они характеризуются напряженными отношениями, с возможностью «внутреннего гомицида». Дело в том, что альтер-личности не полностью укоренены в реальности и могут считать, что вред, который они наносят основной личности, не имеет к ним отношения.

Хотя имеются многочисленные данные в пользу предположения о начале формирования данного расстройства в детском возрасте, клинически выраженные симптомы, как правило, проявляются на третьем-четвертом десятке жизни больного; именно тогда он обращается за психологической или медицинской помощью. Следует заметить, что у человека с диагнозом «Расстройство в виде множественной личности» могут наблюдаться и другие симптомы диссоциации – амнезии, фуги и т.п. (пример 2.26).

Пример 2.26. **Шерри и Карла**

Шерри – сиделка, возраст – 31 год, наблюдается у психиатра в течение последних пяти лет; неоднократно лежала в больнице. Во время ее последней госпитализации внезапно стала очень растерянной и требовала ответить ей, кто переделал всю обстановку в клинике, требовала встреч с людьми, о которых персонал не имел никакого понятия, а когда ее попытались успокоить, начала проявлять признаки физической агрессии. В истории ее болезни упоминались приступы странного поведения, которое квалифицировалось некоторыми психиатрами как явные признаки психотического эпизода. Другие специалисты указывали на сходство проблем Шерри с диссоциативными состояниями. Пациентка показала высокую гипнабельность, и в гипнотическом трансе смогла ответить на вопрос, какой, по ее мнению, сейчас день, и где она находится. Получалось, что она не помнит, что делала последние восемь месяцев ее

---

[1] *Патнем, Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности..

жизни. Периоды амнезии не были чем-то новым в списке проблем Шерри, причем в то время, как она сама отличалась спокойствием и мягкостью, ее поведение во время амнезий, по наблюдениям лечащих врачей и друзей, было чрезмерно импульсивным и враждебным. Пациентка уже видела физические подтверждения своим амнезиям: порезы и синяки, происхождение которых она не могла объяснить, а также незнакомые мужчины, которые утверждали, что она накануне вечером привела их домой. Во время одного из гипнотических трансов она внезапно открыла глаза, посмотрела на терапевта и закричала: «Чего ты хочешь?» Когда терапевт спросил пациентку, что случилось, она ответила: «Я тебе ничего не должна, мне не нужно с тобой разговаривать. Но можешь называть меня "Карла"». Карла описала взаимоотношения с Шерри как напряженные, назвала ее занудой и плаксой. Она с удовольствием рассказала о своей мести Шерри, которая боится сексуальных отношений и мешает ей развлекаться: «Я знакомлюсь в барах с мужчинами, а потом иду спать, и пусть Шерри сама утром разбирается». Она также била себя, наносила себе порезы, считая, что тем самым причиняет Шерри физический вред (*Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology. С. 92).

Диссоциативное расстройство движений и чувствительности выражается в полной или частичной утрате способности к произвольным движениям, извращению или утрате ощущений. У некоторых больных могут наблюдаться судорожные припадки, напоминающие по форме эпилептические, но никогда не сопровождающиеся прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. Такое расстройство также называется *конверсионным*, вслед за З. Фрейдом, который указал на ведущую роль механизма истерической конверсии в его развитии. Более подробно оно будет рассмотрено в разделе 4.

2.3.6. Причины возникновения и психотерапия диссоциативных расстройств

Несмотря на то что сам термин «диссоциация» был заимствован из психоанализа, в настоящее время большинство клиницистов считают данные расстройства не проявлением бессознательного конфликта влечений, а формой реагирования на травматические события. Эти события, как правило, происходят в детском возрасте и являются настолько тяжелыми, что ребенок не имеет никакой возможности с ними справиться. Чаще всего это ситуации физического и сексуального насилия, а также столкновение с насильственной смертью.

Так, в случае Шерри (пример 2.26) она с младенчества и до подросткового возраста регулярно подвергалась жестоким физическим наказаниям со стороны матери, отца, а затем отчима. Например, когда ей было четыре года, мать однажды в кровь разбила ей лицо, а в другой раз – сломала зуб, через несколько лет она вылила на Шерри кипяток, что вызвало ожоги второй степени. Так же жестоко поступали с ней и отец, и отчим. Взрослые не уделяли Шерри никакого внимания, пьянствовали, употребляли наркотики и постоянно ссорились[1]. Рассматривая механизм формирования расстройства множественной личности, В.Ф. Патнем пишет, что «благодаря своим ярким возможностям создавать фантазии, дети быстро наделяют диссоциативное состояние психологическими и физическими атрибутами»[2]. Постепенно каждое из данных состояний связывается со своим собственным опытом и стереотипом поведения.

Любое диссоциативное состояние блокирует осознание травмы или конфликта, а также, в случае конверсионного расстройства, служит целям привлечения внимания и симпатии окружающих.

Для лечения диссоциативных расстройств с успехом используют гипнотерапию а также психоаналитическую терапию. Какая бы техника ни применялась в данном случае, важно понимать, что эффективность психологической помощи будет определяться качеством выявления и проработки психологической травмы[3].

2.3.7. Патопсихологическая диагностика при тревожных и диссоциативных расстройствах

Патопсихологическая диагностика при тревожных и диссоциативных расстройствах должна решить две основные задачи:

- определить тип и выраженность расстройства;
- отделить тревожные и диссоциативные расстройства от других психопатологических синдромов, в структуре

---

[1] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

[2] *Патнем, В.Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности. С. 88.

[3] См.: *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current perspectives; *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology; *Патнем, В.Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности.

которых могут наблюдаться признаки тревоги и диссоциации.

Для диагностики *тревожных расстройств* помимо клинической беседы, направленной на выявление основных нарушений и жалоб, применяются как комплексные личностные тесты, например MMPI (Миннесотский многофакторный личностный опросник), так и специализированные шкалы (шкала тревоги Спилбергера – Ханина, шкала тревоги Гамильтона, шкала тревоги Шихана). Две последние шкалы и правила их использования приводятся в приложении 1.

Дифференциальную диагностику при тревожных расстройствах необходимо проводить у пациентов с расстройствами личности (пограничное, зависимое, уклоняющееся, обсессивно-компульсивное), с шизофренией и с органическими поражениями мозга. При расстройствах личности тревога носит стабильный характер, а имеющиеся у индивида нарушения воспринимаются им как эго-синтонные. Кроме того, при расстройствах личности отмечается значительно более раннее появление проблем и другая динамика их развития. При шизофрении симптомы тревоги и страха могут быть связаны с появлением необычных для больного переживаний в состоянии психоза, они также могут носить бредовую окраску. Особую сложность представляет дифференциация психогенных и органических симптомов тревоги. Тревога может быть следствием соматических заболеваний и повреждений головного мозга. В частности, она наблюдается при анемии, гипертонии, пролапсе митрального клапана, инфаркте миокарда, астме, инсульте, эпилепсии, хорее Гентингтона, мигрени, рассеянном склерозе, диабете, тиреотоксикозе, гипогликемии, абстинентном синдроме, отравлениях[1]. В таком случае, постепенное развитие основного заболевания должно привести и к другим нарушениям – например, в познавательной сфере, динамике психических процессов и пр.

Патопсихологическая диагностика *при диссоциативных расстройствах* в значительной степени опирается на данные наблюдения за больным и клинической беседы (табл. 2.3).

В некоторых случаях для выявления склонности к особым способам переработки тревоги по типу вытеснения можно ис-

---

[1] *Каплан, Г.И.* Клиническая психиатрия: в 2 т / Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. М., 1998.

пользовать тест MMPI. Для личностного профиля таких пациентов характерна так называемая «конверсионная пятерка» (по форме римской цифры V) – повышение по первой и третьей шкале теста (соответственно, ипохондрия и истерия) и понижение по второй шкале (депрессия)[1].

Таблица 2.3

Некоторые критерии оценки психического статуса при множественном расстройстве личности (по Патнем)

Сфера проявления	Характерные особенности
Внешний вид	От сессии к сессии могут происходить драматические перемены в стиле одежды, способах ухода за собой … манере поведения пациента. Во время сессии возможны существенные изменения черт лица, осанки… Привычки и пристрастия могут изменяться в пределах короткого интервала времени
Речь	В течение короткого промежутка времени могут происходить изменения темпа речи, высоты голоса, акцента, громкости, словарного запаса
Моторика	Быстрое моргание, дрожание век, заметное закатывание глаз, тик, судороги, реакции ориентировочного рефлекса, дрожание лица или гримасы при переключении и альтер-личностей
Процессы мышления	Мышление непоследовательно и нелогично. Возможны странные ассоциации. Наблюдается блокирование мысли или разрывы последовательности в мыслях
Интеллект	Кратковременная память, ориентировка, арифметические операции и основной запас знаний в целом интактны. Долговременная память может демонстрировать мозаичную дефицитарность
Инсайт	Обычно личность, представленная в начале лечения (в 80% случаев), не осознает существования других альтер-личностей.

Источник: *Патнем, В.Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности. С. 126.

Дифференциальная диагностика при диссоциативных расстройствах должна проводиться с учетом возможного наличия

[1] *Собчик, Л.Н.* Стандартизованный многофакторный метод исследования личности: СМИЛ.

у больного шизофрении и органического поражения мозга. Диссоциативные расстройства не должны вызывать специфических для шизофрении нарушений мышления в виде искажения процесса обобщения и резонерства, эмоционального уплощения, т.е. потери эмоциональной выразительности, уменьшения силы эмоциональных проявлений. Нарушения памяти, движений и чувствительности, похожие на органические, имеют нестабильный и принципиально обратимый характер, не прогрессируют и по своим проявлениям не соответствуют основным принципам функционирования организма (подробно см. раздел 4).

Резюме

Основным отличием тревожных расстройств от диссоциативных является то, что в первом случае тревога и страх носят явный характер, а во втором преобразуются в различные соматические, когнитивные и поведенческие проблемы за счет механизма вытеснения. Пациент с диссоциативным расстройством защищается от невыносимых переживаний, отделяя их от сознательной стороны своей личности. Отмечается высокая коморбидность как внутри группы тревожных расстройств, так и внутри группы диссоциативных расстройств.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., М., 2002.

Патнем, Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф.В. Патнем. М,, 2004.

Ялом, И.Д. Терапевтическая моногамия / И.Д. Ялом // Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.

2.4. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Основными формами расстройств настроения являются депрессивные и маниакальные состояния. В принципе, они могут наблюдаться в рамках различных психических заболе-

ваний, однако в данной главе будут рассмотрены лишь самостоятельные аффективные синдромы. Согласно МКБ-10, в категорию F3 (Аффективные расстройства настроения) включаются маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, хроническое расстройство настроения (циклотимия и дистимия). Отнесение депрессии или маниакального состояния к той или иной диагностической категории является достаточно сложной задачей, которая не может быть решена при помощи патопсихологического обследования, а в некоторых случаях – даже и за все время пребывания больного в клинике[1]. На наш взгляд, для психолога гораздо более важно выявить признаки депрессивного или маниакального состояния, определить степень их выраженности, наличие или отсутствие сопутствующих проблем (органического, шизофренического и других регистров).

2.4.1. Депрессивные синдромы

Депрессия – одно из наиболее часто встречающихся психических расстройств (20% женщин и 10% мужчин имели в течение жизни хотя бы один депрессивный эпизод[2]). Приступами депрессии страдали композитор С. Рахманинов, писатели Л. Толстой, Вс. Гаршин, Э. А. По, Х. К. Андерсен, А. Рюноске. Чаще всего депрессия начинается в возрасте от 20 до 50 лет. Однако оно достаточно распространено также у подростков и лиц пожилого возраста.

Общая характеристика депрессивного эпизода. Несмотря на разнообразие проявлений депрессии, *три симптома наблюдаются практически во всех случаях*:

1) сниженное настроение, чувство печали и тоски (у детей и подростков в качестве «замещающего» симптома может наблюдаться раздражительность). Некоторые больные не выглядят печальными, а, скорее, мрачными и необщительными;

2) выраженное снижение интереса к жизни и удовольствия от нее;

3) снижение уровня активности.

Другие симптомы являются *дополнительными*, их сочетание и выраженность создают индивидуальную окраску каждо-

[1] См., например, *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 1.
[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

го депрессивного случая. Дополнительные симптомы депрессии затрагивают познавательную, личностную, соматическую и поведенческую сферы. К их числу относятся:

- сниженная способность к сосредоточению внимания;
- нерешительность;
- ослабление мыслительных способностей (связано с апатией, заторможенностью и нарушениями внимания). Больные стереотипны в своих суждениях и в способах выполнения задания. У пожилых людей состояние депрессии может напоминать клиническую картину деменции;
- бредовые идеи собственной греховности, вины, будущих несчастий, суицида, при психотических депрессиях;
- обеднение и замедление речи;
- снижение самооценки, склонность к самообвинению;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- суицидальные мысли (более чем в 60% случаев) или действия (10–15% случаев);
- нарушения сна (бессонница или повышенная сонливость в течение дня, часто больным не дают заснуть наплывы тягостных мыслей, снижается общая продолжительность сна, больные просыпаются на несколько часов ранее обычного времени, обычно в плохом настроении, думают о своих проблемах);
- снижение аппетита, часто приводящее к потере массы тела более чем на 5%;
- болевые ощущения, неразрывно связанные с чувством тоски (подробно см. раздел 4);
- суточные (утром психическое состояние больного хуже, чем вечером) и сезонные колебания настроения;
- злоупотребление психоактивными веществами[1].

Кратковременное снижение настроения еще не означает наличия депрессии. Согласно МКБ-10, для уверенного диагноза длительность эпизода должна быть не менее двух недель.

> ***Депрессия*** – одна из разновидностей аффективных расстройств, при которой наблюдается сниженное настроение, утрата интереса к жизни и снижение уровня активности

[1] См.: *Десятников, В.Ф.* Скрытая депрессия в практике врачей / В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина. Минск, 1981; *Комер, Р.* Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Депрессия у детей и подростков имеет специфические проявления. Прежде всего, вместо печали и тоски часто отмечается повышенная раздражительность, особенно на начальных стадиях заболевания. К другим симптомам детской депрессии относятся агрессивное поведение, чрезмерный страх расставания с родителями, страх перед школой и плохая успеваемость, побеги из дома, употребление психоактивных веществ, замедление в росте и весе[1]. Следует отметить, что какой бы ни была «маска» депрессии, в ее основе всегда лежит снижение настроения, чувство тоски.

Под ***дистимией*** понимается хроническое депрессивное настроение. Большую часть времени такие больные чувствуют усталость и пониженное настроение, склонны к мрачным размышлениям, жалуются, что плохо спят, однако в целом они справляются с требованиями, которые предъявляет к ним жизнь. Ранее дистимия квалифицировалась как депрессивный невроз или депрессивное расстройство личности[2].

Отличие депрессии от эмоциональных реакций в норме. Многие люди склонны думать, что депрессия является крайним проявлением обычного чувства печали и тоски, однако клинический опыт противоречит этому представлению. В норме негативные эмоции выполняют важную функцию, сигнализируя индивиду о наличии определенных проблем, потребностей, а также о неудачах в достижении целей. Негативные эмоции побуждают человека обратить внимание на свое поведение и изменить его. Здоровые люди имеют более или менее адаптивные стратегии совладания со своими негативными эмоциями, например, умеют отвлекаться от неприятных мыслей, используют психологическую помощь со стороны близких, прибегают к компенсаторным формам активности, вызывающим чувство удовольствия[3].

Депрессию следует отличать от переживания утраты, которое выполняет адаптивную функцию. Этот процесс занимает около года, однако если человек остановится на каком-либо из этапов, его состояние может перейти в депрессию[4].

---

[1] *Мэш, Э.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб., 2003.

[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[3] *Alloy, L.* Cognitive processes in depression / L. Alloy / Ed. by Alloy L. New York, 1988.

[4] См. подробно: *Линдеманн, Э.* Клиника острого горя/ Э. Линдеманн // Психология эмоций. Тексты. М., 1984; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Теории депрессии. Теории депрессии можно условно разделить на три большие группы: биологические, социокультурные и психологические. *Биологические теории* объясняют возникновение депрессии влиянием генетических факторов либо нарушениями обмена веществ в головном мозге. Данные исследований на близнецах свидетельствуют о том, что степень конкордантности проявления для непсихотических униполярных депрессий в паре монозиготных близнецов составляет около 40%, для биполярных депрессий этот показатель выше и сравним с аналогичным показателем при шизофрении. Для гетерозиготных близнецов конкордантность составляет приблизительно 20%. По некоторым данным, среди родственников больных депрессией это расстройство встречается в два раза чаще, чем среди всей популяции[1].

Несмотря на это, многие психологи, особенно разделяющие идеи психоанализа, считают, что преобладание депрессии среди родственников может объясняться не столько генетическими факторами, сколько особенностями внутрисемейного взаимодействия и теми способами регуляции эмоциональных состояний, которые ребенок приобретает в детстве[2]. Исключение составляет биполярное аффективное расстройство, для которого биологические факторы возникновения признаются основными.

Данные биохимических исследований позволяют связать с депрессией пониженную активность трех веществ – норадреналина, серотонина и мелатонина. Однако подобные же закономерности характерны и для других заболеваний, например для обсессивно-компульсивного расстройства[3].

Социокультурные подходы подчеркивают недостаточность ресурсов для того, чтобы справиться со стрессом (низкий социоэкономический статус), а также особую исполняемую человеком социальную роль, которая делает его уязвимым к стрессу (например, женщина отвечает за эмоциональное состояние семьи). Для некоторых случаев объяснения депрессии у женщин (послеродовая депрессия) применяют теорию «навешивания ярлыков» (глава 1.4). Также обращается внимание

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[2] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.

[3] См.: *Комер, Р.* Патология поведения.Нарушения и патологии психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

на различие симптомов депрессии в западной и восточной культурах. Если в первом случае для депрессии в большей степени характерно чувство вины, то во втором – соматические симптомы и снижение активности.

Психологические подходы к депрессии прежде всего связывают ее с высоким уровнем и частотой негативных жизненных событий, однако в каждом из подходов предлагается свое объяснение тому, почему некоторые люди депрессивно реагируют на данные события. Действительно, у больных депрессией отмечается значительное повышение количества стрессовых воздействий перед началом депрессивного расстройства[1]. Особая роль в возникновении депрессии приписывается разного рода утратам и разлукам. Также показано значительное влияние на возникновение приступов депрессии хронических стрессоров, к которым относятся дисфункциональные семейные отношения, перегрузки на работе, недостаток помощи и содействия со стороны ближайшего социального окружения, одиночество, хроническая болезнь и т.п. Иногда неблагоприятные события в детстве (потеря близких, сексуальное насилие, недостаток эмоционального принятия со стороны родителей).

Существуют психологические факторы, которые могут сделать человека более уязвимым к воздействию стрессоров. Среди наиболее известных психологических подходов к депрессии выделяют:

- психоаналитический;
- поведенческий;
- когнитивный;
- экзистенциальный.

Психоаналитический подход. З. Фрейд посвятил данной проблеме статью «Печаль и меланхолия» (впервые опубликована в 1916 г.). В ней он пытается решить вопрос о том, каковы причины характерных для депрессии идей самоуничижения, греховности и вины, а также – чем отличаются печаль здорового человека, перенесшего какую-либо потерю, от болезненной меланхолии. Нормальная работа печали заключается в том, чтобы отнять все либидо, связанное с потерянным объектом. Против этого поднимается настолько сильное сопротивление, что возможны отход от реальности или психоз.

---

[1] *Перре, М.* Стресс и копинг как факторы влияния / М. Перре, А.-Р. Лайрейтер, У. Бауманн // Клиническая психология. СПб., 2002.

Однако в норме реальность побеждает, хотя утерянный объект и продолжает существовать на психическом уровне, приобретая особую силу в воспоминаниях. Здесь и совершается работа печали. По ее окончании «Я» можно считать свободным.

При меланхолии потеря может быть как реальной, так и воображаемой (идеальной). В этом случае тускнеет не только внешний мир, но и беднеет «Я». Больной рисует свое «Я» недостойным, заслуживающим наказания. Фрейд замечает: «мы видим, как одна часть «Я» ... противопоставляется другой, производит критическую оценку ее, делает ее как бы посторонним объектом». Как показывает наблюдение за больными, эти упреки при незначительном изменении легко могут быть адресованы другому лицу, которого больной любил, любит или должен любить.

Фрейд выделяет следующие этапы в развитии меланхолии:

- выбор объекта;
- привязка к нему либидо;
- разочарование в объекте;
- привязанность к объекту рушится;
- свободное либидо обращается к «Я»;
- «Я» рассматривается так же, как утерянный объект.

Фрейд связывает такой поворот событий с нарциссическими особенностями формирования привязанности: «тень объекта пала …на «Я», которое в этом случае рассматривается …так же, как оставленный объект». Откуда же берется эта ужасная критика к тому, кого человек любит? Фрейд замечает, что «потеря объекта любви представляет собой великолепный повод, чтобы пробудить и проявить амбивалентность любовных отношений»[1].

Наиболее сильной организующей защитой при депрессии является интроекция. Н. Мак-Вильямс отмечает: «работая с депрессивными пациентами, практически можно услышать говорящий интернализованный объект …Часто терапевт может чувствовать себя так, как будто он говорит с призраком. Для того, чтобы терапия была эффективной, она должна включать в себя … изгнание нечистой силы»[2]. Депрессивная

---

[1] *Фрейд, З.* Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология эмоций. Тексты. М., 1984. С. 208.

[2] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. С. 298.

интроекция характеризуется «вбиранием в себя» наиболее ненавистных качеств любимых людей, а эти люди, таким образом, идеализируются. В результате уменьшается сепарационная тревога, т.е. исчезает страх перед разрывом с объектом. Мак-Вильямс считает, что для возникновения склонности к депрессивным реакциям в жизни ребенка не обязательно должна произойти «ранняя потеря»: «дети экзистенциально зависимы. Если те, от кого они вынуждены зависеть, ненадежны и недостаточно хороши, они имеют выбор между соприкосновением с подобной реальностью, или жизнью в хроническом страхе и отрицанием его»[1].

В целом объектные отношения при депрессии характеризуются:

- ранней потерей (хотя она не всегда является отчетливо наблюдаемой и эмпирически подтвержденной);
- особой семейной атмосферой, в которой негативно относятся к таким проявлениям горя, как плач или траур;
- характерологической депрессией у одного из родителей (в результате чего ребенок может прийти к выводу, что родителю тяжело о нем заботиться).

Поведенческий подход. Работы П. Левинсона показали, что в основе депрессии лежит недостаток позитивной обратной связи «человек – окружение» (причем в том, что связь недостаточна, может быть виновата как социальная среда, так и отсутствие необходимых навыков поведения)[2]. Популярной в рамках данного подхода является концепция выученной беспомощности и депрессивного стиля атрибуции Селигмана, Абрамсона и Тисдейла. Основные положения данной концепции были рассмотрены в главе 1.4.

Авторы концепции утверждают, что одной из возможных причин депрессии являются ожидания относительно высокой вероятности неприятных и низкой вероятности приятных событий, причем индивид полагает, что у него нет средств, чтобы влиять на ситуацию. Состояние беспомощности зависит не только и не столько от самих событий, с которыми сталкивается индивид, сколько от того, как он оценивает их причины.

---

[1] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. С. 300.

[2] См.: *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

Состояние беспомощности чаще возникает в том случае, когда причины события воспринимаются как стабильные и внутренние, а также как глобальные, т.е. приводящие к серьезным последствиям. Такой стиль атрибуции[*] был назван депрессивным. Однако в отсутствие негативных событий состояние беспомощности, скорее всего, не будет развиваться. Есть определенные эмпирические данные в пользу того, что депрессивный атрибутивный стиль либо формируется после пережитой в детстве потери, либо связан с травматическим опытом социализации. Впоследствии депрессивный стиль атрибуции повышает риск депрессивных реакций. Таким образом, он может формироваться в том случае, когда у индивида имеется слишком малый опыт контроля над событиями в истории научения[1].

Когнитивная модель депрессии А. Бека. Согласно Беку, при депрессии коренным образом изменяется переработка информации, связанной с реальностью.

Когнитивная триада при депрессии включает:

- негативное отношение к себе;
- негативную интерпретацию текущего опыта;
- негативное отношение к собственному будущему.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются как последствия активации вышеназванных установок.

Депрессивный пациент структурирует свой опыт сравнительно примитивными способами. Его когниции отличаются:

- одномерностью и глобальностью (я ужасно робкий);
- абсолютизмом и морализаторством (я – презренный трус);
- инвариантностью суждений (я всегда был и останусь трусом);
- оценкой, относящейся ко всей личности (у меня – дефект характера);
- необратимостью (я слишком слаб, чтобы преодолеть себя).

Бек не ставил перед собой цели исчерпывающе объяснить возникновение депрессии, он полагал, что описанные выше особенности усиливают предрасположенность к ней. Тем не менее, Беку представляется маловероятным, чтобы патологи-

[*] *Атрибуция* в данном контексте – приписывание причины события действию какого-либо фактора.

[1] *Alloy, L.* Cognitive processes in depression.

ческие когниции формировались всякий раз заново, когда индивид переживает депрессию.

По его мнению, негативная триада формируется на основе раннего опыта и может до определенного времени находиться в латентном состоянии, пока ее не активируют события, аналогичные тем, что отвечали за первичное возникновение негативных установок. Таким образом, неприятные события вызывают депрессию не у всех людей, а лишь у тех, кто к ней предрасположен[1].

2.4.2. Маниакальный синдром

Маниакальные синдромы наблюдаются при биполярном аффективном расстройстве, циклотимии, некоторых органических поражениях мозга.

А.С. Тиганов указывает на три характерных симптома маниакального состояния[2]:

- неадекватно повышенное настроение;
- ускорение ассоциативных процессов;
- чрезмерное стремление к деятельности.

Маниакальные состояния при биполярном аффективном расстройстве лишь в 37,8% случаев соответствуют классическим литературным описаниям (пример 2.27). Чаще речь идет о смешанных и атипичных маниакальных эпизодах. Распространенность биполярного расстройства составляет от 0,4–1,2% как для мужчин, так и для женщин. Типичный возраст начала – около 20 лет[3].

Пример 2.27. **Маниакальный эпизод в структуре биполярного аффективного расстройства**

Двадцатилетняя студентка колледжа в течение последних пяти дней перестала спать и проводит все время в состоянии повышенной активности, которую она сама описывает как неконтролируемую. У нее имеются идеи собственного величия, с сексуальным и религиозным оттенком. Например, недавно больная заявила группе друзей, что принадлежит к «третьему полу» и является «суперженщиной», способной к непорочному зачатию. Другой темой, которая волновала больную, была борьба с

---

[1] *Бек, А.* Когнитивная терапия депрессии.

[2] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

[3] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

«гонкой вооружений». Она чувствовала «духовную связь» с одним из сенаторов от своего штата и разработала шесть теорий государственного управления, которые могли бы спасти мир от ядерной войны. Больная полагает, что эти идеи помогут ей занять видное место в политике, может быть, даже стать президентом, и она начала кампанию по сбору подписей в свою поддержку (несмотря на то что до новых выборов еще очень далеко). Недавно больную стало беспокоить, что она забывает свои мысли, поэтому она записывает их везде, где только можно, в том числе на стенах своей спальни. В ее комнате, обычно аккуратно прибранной, теперь царит ужасный беспорядок (*Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology).

В этом примере присутствуют типичные проявления биполярного расстройства: нарушения самоконтроля и волевой регуляции поведения, сверхактивность, идеи собственного величия, ослабление способности к концентрации внимания и к запоминанию.

***Теории возникновения биполярного аффективного расстройства* (БАР).** Согласно современным данным, основную роль в развитии биполярного аффективного расстройства играют биологические факторы. Риск развития данного расстройства у родственников больных в 9 раз выше, чем в остальной популяции, причем генетические факторы действуют в данном случае сильнее, чем при любом другом тяжелом психическом расстройстве, включая шизофрению. Делались попытки объяснить развитие БАР действием тех же биохимических факторов, которые вызывали униполярную депрессию, однако для лечения БАР применяются совершенно иные фармакологические препараты, в частности, соли лития. Вместе с тем, имеются данные относительно значительной роли стрессовых событий в развитии биполярного аффективного расстройства[1].

На высоте маниакальных состояний больные недоступны психологическому исследованию из-за двигательного возбуждения и дефицита внимания. В более легких случаях в ходе исследования обнаруживаются следующие особенности психической деятельности[2]:

- нарушения динамики мышления в виде его патологического ускорения (скачка идей) и непоследовательности суждений.

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека.

[2] См.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Тиганов А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

Тем не менее в скачке идей можно установить некоторую взаимосвязь между суждениями, пусть и поверхностную, а поспешные решения корректируются при указании на ошибку. Часто ускоренность мышления – исключительно внешняя его характеристика, связанная с легкостью образования ассоциаций;

- на стадии гипомании возможно некоторое увеличение интеллектуальной продуктивности, однако чем больше выражены эмоциональные нарушения, тем ниже продуктивность;
- неустойчивость внимания;
- беспечное отношение к ситуации исследования;
- многоречивость, хаотичность речи, в которой используется много ассоциаций по созвучию. Интонации патетические, театральные;
- объектом рассуждений становится любой предмет, на который больной обратил свое внимание. В отдельных случаях эти проявления настолько интенсивны, что больной фиксирует и комментирует в речи все, что попадает в поле его зрения (так называемый гиперметаморфоз);
- в тесте MMPI наблюдается некоторое повышение интеллектуальной продуктивности по шкале 9 (гипомания), снижение заторможенности по шкале 2 (депрессия) и 0 (социальная интроверсия)[1].

Ниже рассматриваются данные патопсихологического исследования, иллюстрирующие некоторые из этих нарушений (пример 2.28).

Пример 2.28. Патопсихологическое тестирование больного с биполярным аффективным расстройством[*]

Больному 24 года, текущая госпитализация является третьей по счету. В процессе исследования больной охотно идет на контакт, подробно и с готовностью отвечает на вопросы. Фон настроения повышен, избыточно эмоционален. Отмечает, что чувствует в данный момент «прилив энергии».

Классификация предметов:

Этап I (деление карточек на группы):

цветная и нецветная посуда;

---

[1] См.: *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика; *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология; *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

[*] Протокол предоставлен *Т.В. Меркушовой.*

цветная и нецветная мебель;
цветные и нецветные люди;
цветная и нецветная одежда;
цветные и нецветные предметы и т.п.

Таким образом, в целом формирует адекватные группы, однако внутри каждой отдельно выделяет цветные и черно-белые предметы, отмечает, что «*печальные черно-белые предметы его беспокоят*». Делает вывод о том, что «*цветные картинки лучше, чем черно-белые*».

Этап II (объединение групп по общему признаку):
предметы, которыми пользуется человек;
животные;
растения;
съедобные;
люди.

Объединяя группы, комментирует некоторые карточки: «*Моряк красивее всех, я бы его на стенку повесил*»; «*Бабочка борется с жуком, она цветная, а жук черно-белый*» (называет группу насекомых «*Борьба зла с добром*»).

Этап III (дальнейшее объединение групп):
живые;
неживые.

Исключение четвертого: методика выполнена без нарушений
MMPI:
9 = 89; 8 = 83; 2 = 40*.

Особенность методики «Исключение четвертого», с которой больной справился, – в большей однозначности инструкции и в наличии строгой процедуры выполнения (испытуемый знает, что он должен исключить только один предмет), карточки предъявляются по порядку, ответ каждый раз дается по одному и тому же плану). В свою очередь методика «Классификация предметов» позволят больному свободно формулировать свои мысли. Здесь мы видим расторможенность больного: при формировании групп, в дополнение к адекватным признакам им выбираются поверхностные признаки, основанные на эмоциональном отношении к заданию. Личностный профиль, согласно тесту MMPI, свидетельствует о повышенном настроении в сочетании с чрезмерной активностью и импульсивностью.

Резюме

Главными признаками депрессии являются снижение настроения, потеря интереса к жизни и снижение активности. Выделяют единичные депрессивные эпизоды, повторяющиеся депрессивные эпизоды, депрессию в структуре биполярного

---

* В уравнении 9 = 89 цифра 9 – это номер шкалы, 89 – Т-баллы по шкале.

аффективного расстройства и дистимию. Тремя основными компонентами маниакального синдрома являются неадекватно повышенное настроение, ускорение ассоциативных процессов и чрезмерное стремление к деятельности.

Литература

Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. СПб., 2003.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., М., 2002.

Фрейд, З. Анализ фобии пятилетнего мальчика / З. Фрейд // Фрейд, З. Психоаналитические этюды. Минск, 1991.

2.5. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Расстройства личности представляют серьезную проблему не только для психологов и психиатров, но и для общества в целом. Это связано с тем, что они драматическим образом отражаются на сфере межличностного взаимодействия, приводя к конфликтам, грубым нарушениям социальной адаптации и к преступлениям. Обращаемость за психиатрической помощью у этих больных невелика, и в поле зрения медицинских работников они часто попадают либо после совершения правонарушений, либо когда их родные и близкие приходят к психотерапевту с жалобами на проблемы в общении. Российский психиатр *А.Б. Смулевич* отмечает, что расстройства личности существенно понижают качество жизни. Состоят в браке лишь 55% таких пациентов, а вероятность разводов у них выше в 2 раза. Среди людей с расстройствами личности также больше безработных[1]. Наконец, многочисленные эмпирические исследования подтверждают взаимосвязь определенных расстройств личности (антисоциального, параноидного, эмоционально неустойчивого) и склонности к преступному поведению. Например, по данным анализа Э. Уолш, даже для такого тяжелого психотического расстройства, каким является шизофрения, риск совершения насильственных действий ниже, чем для расстройства личности[2].

---

[1] *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности / А.Б. Смулевич. М., 2007.

[2] *Walsh, E.* Violence in society. Contribution of mental illness is low / E. Walsh, T. Fahy // British Medical Journal. 2002.

Сравнение результатов эпидемиологических исследований относительно распространенности расстройств личности дает весьма широкий разброс показателей, что может объясняться как трудностями их точной диагностики, так и малой обращаемостью к врачам. В Российской Федерации, по данным на 1995 г., частота расстройств личности составляла 79,3 случая на 100 000 населения[1].

Международная классификация болезней относит к расстройствам личности «поведенческие типы, имеющие тенденцию к устойчивости», которые являются выражением свойственного индивиду стиля жизни и способа отношения к себе и к миру, и представляют собой чрезмерные, существенные отклонения от жизни «среднего» индивида, часто, но не всегда, сочетаются с дистрессом, с нарушением социальных связей, и впервые проявляются в детском и подростковом возрасте.

Это определение, на наш взгляд, достаточно трудно применять в практической деятельности медицинского психолога в силу недостаточной ясности отдельных формулировок («поведенческие типы», «чрезмерные отклонения» и др.). Одним из наиболее интересных вопросов как с практической, так и с теоретической точки зрения является вопрос о возможности количественного сопоставления нормального и патологического характера, например, в какой мере тенденции к самоповреждению или к отчуждению от окружающих характерны для «среднего» индивида?

Учитывая позицию отечественной психиатрии[2], можно сформулировать следующее интегративное определение расстройств личности.

Расстройства личности – патологические состояния, проявляющиеся обычно в детском или подростковом возрасте, характеризующиеся устойчивой дисгармоничностью психического склада, тотальностью, постоянством, эго-синтонностью и приводящие к социальной дезадаптации

В отличие от достаточно гибкого поведения здорового человека поведенческие паттерны при расстройствах личности

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

[2] См.: *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2; *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности.

носят ригидный характер. Они переживаются больным как эго-синтонные, т.е. человек рассматривает в качестве источника проблем воздействие со стороны окружения, а не собственные свойства. У него ограничена способность к самонаблюдению и рефлексии, он не всегда правильно интерпретирует происходящие события, поэтому сбор информации о жизни такого клиента представляет для психолога значительные трудности.

2.5.1. Различные подходы к классификации расстройств личности

Создание типологии расстройств личности – непростая задача как из-за неясности оснований для такой классификации, так и из-за сложного характера самих расстройств, многие из которых вполне могут сочетаться друг с другом. Так, например, А.Б. Смулевич указывает на то, что для выделения антисоциального расстройства личности использован поведенческий подход, а для нарциссического – психоаналитический[1].

Новые подходы к классификации расстройств личности, которые нашли свое отражение в МКБ-10 и других современных классификациях, не включают в себя некоторые из видов расстройств личности, традиционно выделяемые в научной литературе, в частности, в отечественной психиатрической школе: психастеническое, возбудимое и пр. (табл. 2.4).

А.Б. Смулевич отмечает, что систематика расстройств личности в МКБ-10 носит эклектический характер. Он предлагает выделять два подтипа расстройств:

- *основной регистр* – клинические синдромы, являющиеся прототипами психозов и неврозов (параноический, шизоидный, аффективный, истерический, ананкастный (обсессивно-компульсивный) типы);
- *расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза* – шизотипическое, пограничное, а также «невропатическая конституция». Аномалии этого ряда обнаруживают тенденцию к более тесной связи с другими психопатологическими расстройствами, к повышенной готовности к реагированию на стресс в виде эндоморфных психозов.

---

[1] *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности.

Таблица 2.4

Типы личностных расстройств (психопатий), выделяемые в отечественной психиатрии в сопоставлении с МКБ-10

Параноический тип психопатии	Параноидное расстройство личности, F60.0
Шизоидный тип психопатии	Шизоидное расстройство личности, F60.1
Эмоционально тупые личности	Диссоциальное расстройство личности, F60.2
Нет аналога	Эмоционально неустойчивое расстройство личности, F60.3
Возбудимая психопатия	Импульсивный тип, F60.3С
[Нет аналога]	Пограничный тип, F60.31
Истерический тип психопатии	Истерическое расстройство личности, F60.4
Тормозимые психопатии	Нет аналога
Психастеническая психопатия	Нет аналога
Ананкастический вариант	Ананкастическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности, F60.5
Тревожно-мнительный вариант (тревожно-мнительный характер)	Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности, F60.6
Астенический тип психопатии	Зависимое расстройство личности, F60.7 (неполное соответствие)

Источник: *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2. С. 567.

Ниже будут рассмотрены наиболее часто упоминаемые в научной литературе типы расстройств личности. Следует учитывать, что отдельные расстройства личности часто сочетаются друг с другом, и «чистое расстройство» является, на наш взгляд, скорее исключением из правила.

2.5.2. Основные разновидности расстройств личности

Параноидное. Данное расстройство характеризуется чрезмерной чувствительностью к неудачам, отказам и проблемам в межличностной сфере, постоянным недовольством кем-либо, нежеланием прощать другим их ошибки. Больных отличает тенденция к искажению и своеобразной интерпретации фактов и воинственно-щепетильное отношение к вопросам,

связанным с правами личности (причем ущемление этих прав существует обычно лишь в воображении больного). Значение собственной персоны переоценивается. Мышление параноидной личности субъективное и аффективно окрашенное. Отмечается склонность к резонерству.

Шизоидное. Согласно МКБ-10, это расстройство характеризуется ангедонией (отсутствием стремления к получению удовольствия), эмоциональной холодностью, уплощенным аффектом, слабой ответной реакцией на похвалу и критику, сниженным интересом к сексуальной жизни, склонностью к фантазиям и к самонаблюдению, равнодушием к социальным нормам, стремлением к уединению, отсутствием как близких (доверительных) отношений, так и желания иметь таковые. Для точного диагноза данного расстройства необходимо исключить синдром Аспергера и шизофрению.

Шизотипическое. Больные ведут замкнутый образ жизни, отличаются узкой направленностью личности и одновременно необычностью интересов и увлечений. Они выделяются странностями в поведении и в быту, необычным внешним обликом, вычурностью мышления, причем в некоторых случаях возникает необходимость отграничения от нарушений мышления при шизофрении. Для них характерны необычные взгляды на мир, не соответствующие культурному уровню (вера в сглаз, в порчу, в телепатию). Возможно развитие отдельных бредовых идей – греховности, ипохондрического характера и пр. Иногда встречаются аффективные нарушения в виде депрессии, дисфории, неадекватных аффективных разрядов. Возможны обострения в виде кратковременных психотических реакций.

Шизотипическое расстройство остается спорной в нозологическом плане категорией, его критерии практически полностью совпадают с критериями вялотекущей шизофрении. На рис. 2.1 приводится предложенная А.Б. Смулевичем схема для разграничения расстройств личности шизоидного спектра и шизофрении.

Диссоциативное (*социопатическое, антисоциальное*). Характеризуется грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами, равнодушием к чувствам других, безответственностью, неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного

опыта, низкой фрустрационной толерантностью, низким порогом реализации агрессии, склонностью обвинять окружающих и искать оправдания собственному поведению.

Источник: Смулевич, А.Б. Расстройства личности.

Рис. 2.1. Взаимосвязь шизотипического расстройства личности с другими расстройствами шизоидного круга

Р.Д. Хаэр (Хейр) выделяет среди всех симптомов антисоциального расстройства две основные группы:

• эмоциональные и межличностные нарушения (болтливость и поверхностность, эгоцентричность и претенциозность, отсутствие чувства вины и сожаления, отсутствие эмпатии, коварство и склонность манипулировать окружающими, поверхностность эмоций);

• нарушения, относящиеся к сфере социального поведения (импульсивность, слабый поведенческий контроль, потребность в психическом возбуждении, безответственность, проблемное поведение в детстве, антисоциальное поведение во взрослой жизни)[1].

В романе Т. Паркса «Дорогая Массимина» главный герой (Моррис) имеет характерные черты социопата, свободного от жалости, сострадания и угрызений совести. Уговорив дочь богатых родителей бежать с ним, он затем убил ее, чтобы не быть разоблаченным. Поскольку его никто не подозревал, Моррис решил прийти на похороны. Там он встретил одну из

[1] *Хаэр, Р.Д.* Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / Р. Хаэр. М., 2007.

сестер Массимины, которая начала с ним заигрывать. Вот как описывает Паркс чувства главного героя в тот момент:

«Моррис рассчитывал встретить страх и пепел, скорбное молчание, исполненное отчаяния и ужаса. Но домочадцы были оживленны, болтали о том, о сем. … Ну что за люди! В такие минуты человек вправе рассчитывать хотя бы на сдержанность. …У него хватает неотложных дел, к тому же надо на пару недель съездить в Англию – купить папочке квартиру, пусть убедится, что Моррис знает, как добиться успеха в этом мире. … Совсем неплохо заявиться к папочке с подружкой, подумал он, да и нельзя же, в конце концов, вечно тосковать по мертвым» (*Паркс, Т.* Дорогая Массимина / Т. Паркс. М., 2001. С. 381–383).

Как мы можем заметить, убийца оценивает поведение родственников Массимины как недопустимое и бесчувственное, себя же он ни в чем не винит. Сходный случай из реальной жизни приводит Р.Д. Хаэр (пример 2.29).

Пример 2.29. Особенности отношения антисоциальной личности к своим поступкам

Американка Дайан Даунз застрелила своих … детей, так как они мешали ей создать новую семью. Несмотря на многочисленные доказательства ее вины, она продолжала утверждать, что ее семью расстрелял «*растрепанный незнакомец*». Чтобы подтвердить эту версию, убив детей, Даунз выстрелила себе в руку. Спустя годы после вынесения приговора, находясь в тюрьме, она заявила в интервью: «*Все говорят: "Тебе ужасно повезло!" Лично я так не считаю. Почти два месяца мне не удавалось зашнуровать свои проклятые ботинки! …У меня в руке стальная пластина. Шрам останется на всю жизнь. …Я не думаю, что мне сильно повезло. Моим детям повезло куда больше*» (*Хаэр, Р.Д.* Лишенные совести. Пугающий мир психопатов.)

Даже если предположить, что Даунз не убивала своих детей, поражает полное отсутствие горя по поводу их потери.

Не все авторы согласны с выделением диссоциального расстройства личности в отдельный тип. Так, А.Б. Смулевич пишет: «В наши дни окончательно подтверждается предположение П.Б. Ганнушкина, согласно которому диссоциальное расстройство личности – отнюдь не группа однородных явлений, а лишь однотипное «развитие» разных конституциональных форм»[1].

Эмоционально неустойчивое (*импульсивный тип*). Для больных импульсивного типа характерны ярко выраженная

---

[1] *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности.

тенденция действовать импульсивно, в сочетании с неустойчивостью настроения, вспышки гневливого аффекта, приводящие к насилию (особенно при сопротивлении окружающих), отсутствие самоконтроля. Они не способны планировать свои действия и учитывать их последствия, плохо переносят фрустрацию.

Эмоционально-неустойчивое расстройство (*пограничный тип*). Основной чертой пограничного расстройства (как и предыдущего типа, является импульсивность. Кроме того, эти больные отличаются склонностью к неконтролируемому выражению гнева и самоповреждению. Характерны частые суицидальные попытки, резкие изменения настроения, хроническое чувство тоски и внутреннего опустошения, стремление любой ценой избежать заброшенности и покинутости, нарушение чувства собственной идентичности, нестабильность в восприятии собственного «Я» и обусловленные этим крайне драматичные отношения с окружающими. Последняя из перечисленных выше особенностей является, по мнению психоаналитиков, первичным дефектом пограничной личности. Пограничное расстройство рассматривается как одно из наиболее тяжелых и трудно поддающихся терапии. Риск суицида, по разным данным, составляет 3–9%. Во многих случаях попытки суицида носят откровенно манипулятивный характер.

Концепция пограничной личности впервые разработана в психоанализе, где понимание этого термина было значительно более широким. Речь шла о границе, о колебаниях между невротическим и психотическим уровнями организации личности. Рассмотрение данного расстройства в рамках современной психиатрии привело к разделению описанного психоаналитиками расстройства на шизотипическое и собственно пограничное[1].

Истерическое (*гистрионное, демонстративное*) *расстройство*. Выражается в склонности к драматизации и театральности, внушаемости, поверхностности и лабильности эмоций, преувеличенном способе их выражения, в постоянном возбуждении, стремлении быть признанным, находиться в центре внимания, и, наконец, в «неадекватной обольстительности» во внешнем виде и поведении. П.Б. Ганнушкин указывал на такие особенности истерической личности, как отсутствие

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

объективного отношения к себе и окружающим («лицо с истерическим характером, так сказать, эмансипируется от фактов»), невозможность установления истинно близких, глубоких и теплых отношений, завистливость, инфантильность и духовную незрелость, склонность к манипулятивному поведению[1].

Обсессивно-компульсивное. Характеризуется склонностью к постоянным сомнениям, повышенной осторожностью, перфекционизмом, озабоченностью деталями, неадекватной озабоченностью продуктивностью деятельности в ущерб межличностным связям, педантичностью и приверженностью социальным условностям, упрямством, склонностью требовать от окружающих такого же поведения. Люди с данным личностным расстройством полагают, что они должны полностью отвечать не только за себя, но и за окружающих (так как они, скорее всего, легкомысленны и некомпетентны), что любая работа должна выполняться идеально, поскольку малейший дефект может привести к катастрофе[2].

Тревожное (*уклоняющееся, избегающее*). Больные испытывают постоянное чувство внутреннего напряжения, убежденности в своей социальной неприспособленности, личной непривлекательности. Они постоянно ждут замечаний в свой адрес, не желают вступать в какие-либо отношения без гарантии понравиться. Из-за потребности в физической безопасности для них типичны ограниченность жизненного уклада, уклонение от социальной активности. Характерной особенностью мышления для людей с этим расстройством является убежденность относительно критической настроенности окружающих по отношению к ним, о неизбежности неудач, о непереносимости негативных эмоций[3].

Зависимое. Характеризуется активным или пассивным перекладыванием на других большей части важных решений, подчинением собственных потребностей потребностям значимых людей из окружения, чувством неудобства или беспомощности, страхом одиночества, страхом быть покинутым лицом, с которым поддерживается дружба, а также ограниченной способностью принимать решения без советов со стороны окружающих.

---

[1] См.: *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности.

[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[3] Там же.

Люди с зависимым расстройством считают себя слабыми и несамостоятельными личностями, преувеличивают свою потребность в советах и помощи других людей[1].

2.5.3. Этиология расстройств личности

Вопрос об основных факторах возникновения расстройств личности остается открытым. Отечественные психиатры в основном придерживаются точки зрения о врожденном характере данных нарушений (по крайней мере, тех, что проявляются в наиболее тяжелой форме[2]). В отношении параноидного, шизоидного, шизотипического и антисоциального расстройств биологические факторы рассматриваются в качестве основных и многими зарубежными учеными[3]. Вместе с тем данные относительно генетических и обменных нарушений при расстройствах личности остаются достаточно неопределенными.

Среди других этиологических факторов чаще всего называются нарушения на ранних стадиях развития, которые могут рассматриваться с позиций поведенческого (отсутствие навыков адаптивного поведения и приобретение патологических поведенческих стереотипов[4]) или психоаналитического подходов (тип расстройства личности связывается с проблемами на определенной стадии развития[5]).

2.5.4. Психологическая помощь при расстройствах личности

Если считать, что главная цель психотерапии – полное устранение расстройства личности, то приходится признать, что достижение этого невозможно, поскольку в данном случае успех должен означать коренные изменения в психической сфере. Следовательно, психологическая помощь должна быть направлена на развитие самосознания больно-

---

[1] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

[2] См.: *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 1.

[3] См.: *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология; Bootzin, R. Abnormal psychology: Current perspectives.

[4] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[5] См., например, *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.

го, на выработку у него адаптивных стратегий поведения и на устранение явно патологических форм реагирования. В этой связи большое значение приобретает характер отношений между терапевтом и клиентом, причем важной является степень осознания больным, каким образом его личностные особенности и проблемы отражаются в этих отношениях. Вот как описывает начальные этапы психотерапии пациентки с пограничным расстройством личности психоаналитик П. Кейсмент:

«Она никогда не звонила мне и никогда не просила о дополнительной встрече. Однако по отношению к другим людям она продолжала проявлять требовательную и манипулятивную сторону своего характера. Я истолковал это как способ избавить меня от интенсивного напора своих чувств. ...Кроме того, это было для нее способом стать хорошим и послушным ребенком в отношениях со мной, поскольку она предполагала, что ее отвергнут, если она обрушит на меня и другие проявления своей личности. ...Вскоре я обнаружил, что мисс К. очень склонна вынуждать других людей предлагать ей альтернативные формы лечения параллельно работе со мной. ... Я понял, что если отреагирую любым образом и нацелюсь на управление ею, то, возможно, она воспримет меня как повторившийся травмирующий фактор ее взаимоотношений со своей матерью. ... Постепенно стало ясно, что мисс К. буквально не имела опыта таких отношений между людьми, при которых один человек не пытался бы активно управлять другим. Вскоре это стало центральным моментом ее аналитического переживания. Я должен был помочь ей найти личностное пространство, в котором она могла обнаружить свои собственные мысли и чувства и в конце концов способность самой направлять свои действия и поступки, вместо того, чтобы подыгрывать ее навязчивой зависимости от других людей» (*Кейсмент, П.* Поиск пространства: вопрос о границах / П. Кейсмент // Обучаясь у пациента. Воронеж, 1995. С. 220).

В целом можно отметить, что психотерапевтические тактики и методы, характерные для того или иного теоретического подхода в медицинской психологии, должны быть модифицированы для повышения их эффективности в отношении конкретного личностного расстройства[1].

---

[1] См., например, *Бек, А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. СПб., 2002; *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе; *Лайнен, М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. М., 2008.

2.5.5. Патопсихологическая диагностика при расстройствах личности

Основными задачами ***патопсихологической диагностики*** при расстройствах личности являются:

1) определение наличия расстройства и его типа;

2) отделение расстройства личности от личностного дефекта в результате другого психического расстройства;

3) дифференциация расстройства личности от психических расстройств со сходными симптомами.

П е р в а я з а д а ч а, на наш взгляд, представляет для психолога наибольшую трудность. Если речь идет не о психотерапии или консультировании, т.е. не о длительном процессе взаимодействия с клиентом, то ограниченные временные рамки патопсихологического исследования, как правило, не позволяют оценить важнейшие критерии данного расстройства – раннее начало, устойчивость и тотальность проявлений.

Основные данные могут быть получены в ходе изучения анамнеза и специально организованного клинического интервью[1]. А. Бек предлагает определять тип расстройства личности исходя из оценки трех параметров[2]:

• стратегии межличностного взаимодействия (против людей, по направлению к людям, вдали от людей, над и под другими людьми);

• гипертрофированного или, наоборот, недостаточного развития определенных видов поведения, черт характера и способностей;

• содержания базовой схемы.

Особое внимание необходимо обратить на отношение больного к имеющейся личностной патологии и на характер межличностного взаимодействия. Как следует из приведенных выше описаний, при всех расстройствах личности отмечаются недостаточная критичность больного к своему поведению, а также значительные проблемы в общении. Несомненно, для диагностики (первая задача) могут использоваться и стандартизованные методики, однако данные, полученные таким

---

[1] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика; *Лайнен, М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности.

[2] См., например, *Бек, А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности.

образом, а) не имеют нозологической специфичности; б) недостаточно надежны в силу слабой способности больных правильно отражать свои личностные свойства. Так, человек с шизотипическим расстройством личности не обязательно считает свои мысли и увлечения «странными».

Для решения второй задачи принципиальное значение имеет достоверно установленный диагноз основного психического расстройства (речь может идти об органическом поражении головного мозга, шизофрении, зависимости от психоактивных веществ). Если речь идет о последствиях основного заболевания, тогда в процессе патопсихологического исследования могут быть обнаружены и другие характерные для него нарушения (например, интеллектуально-мнестическое снижение, искажение процесса обобщения и т.п.).

Решение третьей задачи может быть достигнуто на основе оценки длительности проявления симптомов, их связи с мотивационнно-потребностной сферой и типичным для человека образом жизни. Вместе с тем отмечается высокая коморбидность расстройств личности (см. Словарь терминов) с другими заболеваниями.

Резюме

Расстройства личности характеризуются дисгармоничностью психического склада, ранним и тотальным проявлением нарушений, эго-синтонностью и значительной степенью социальной дезадаптации. Психотерапия при данных расстройствах должна быть в основном направлена на повышение самосознания больного, выработку у него адаптивных моделей поведения и коррекцию наиболее дисфункциональных проявлений.

Литература

Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. СПб., 2002.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. М., 2008.

Хаэр, Р.Д. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / Р.Д. Хаэр. М., 2007.

2.6. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения относится к группе *психозов*, т.е. психических расстройств, характеризующихся грубым нарушением контакта с реальностью, неадекватностью поведения, бредом и галлюцинациями. К психотическим расстройствам относятся также паранойя, шизоаффективный психоз, органические (эпилептические, сосудистые) психозы и др. Тем не менее, наибольший интерес как у ученых, так и у широкой публики всегда вызывала шизофрения. Для многих людей именно это заболевание является типичным примером безумия. Психические переживания больного шизофренией нашли свое отражение в литературе, живописи, кинофильмах.

Несмотря на повышенное внимание к проблеме шизофрении, это заболевание остается одним из самых загадочных психических расстройств. Загадка заключается не только в причинах возникновения шизофрении, которые до сих пор не установлены. Достаточно сложно назвать основные и дополнительные симптомы, необходимые для этого расстройства, а также предсказать его исход, что побуждает авторов учебников по клинической психологии называть соответствующую главу не «Шизофрения», но «Шизофрении»[1]. Этим названием, по их мнению, подчеркивается большая вариабельность расстройств шизофренической группы – как в отношении генетических проявлений, так и в отношении факторов риска, течения и гендерных различий.

По различным данным, шизофренией страдает около 1% населения, однако статистика может несколько различаться в зависимости от страны и культуры. Принято считать, что шизофрения более распространена в индустриально развитых странах, а у представителей так называемых «традиционных» культур она протекает в стертой, менее тяжелой форме. Больные шизофренией составляют около половины всех пациентов психиатрических клиник, а расходы на их лечение и на пособия по инвалидности сравнимы с расходами на лечение онко-

[1] См., например: *Карсон, Р.* Анормальная психология.

логических больных[1]. Мужчины и женщины болеют шизофренией одинаково часто, но заболевание начинается у женщин позже. Чаще всего заболевание начинается в возрасте 18–35 лет.

2.6.1. Исторический аспект

Интенсивные исследования шизофрении начинаются в конце XIX в. В 1896 г. немецкий психиатр Э. Креппелин выделяет три типа психозов: маниакально-депрессивный, раннее слабоумие и паранойя. Современное понимание термина «шизофрения» близко по смыслу к понятию «раннее слабоумие». Он считал, что данное заболевание начинается в подростковом возрасте и приводит к развитию серьезных когнитивных нарушений (фактически, к умственной отсталости).

В 1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейлер предложил новый термин – шизофрения. Он полагал, что наиболее характерным признаком шизофрении является диссоциация или расщепление психических функций, их несвязность и несогласованность, отсутствие целостности и логического единства личности. Например, эмоции отделены от восприятия, и поэтому эмоциональный фон больного кажется неадекватным ситуации. Блейлер был не согласен с Креппелином в том, что это расстройство непременно начинается в подростковом возрасте и обязательно приводит к слабоумию. Кроме того, он не рассматривал шизофрению как единое заболевание[2]. Блейлер выделил первичные и вторичные симптомы шизофрении. К первичным он отнес расстройство ассоциаций, их несвязность и причудливость; неадекватность или уплощение эмоций; амбивалентность (см. Словарь терминов). Дополнительными симптомами Блейлер назвал галлюцинации, бред, параноидальный стиль мышления, враждебность и воинственность в поведении.

В отечественной патопсихологии интенсивные исследования механизмов и типологии нарушений психической дея-

---

[1] *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current perspectives.

[2] Там же.

тельности при шизофрении проводились представителями московской школы клинической психологии под руководством профессора Ю.Ф. Полякова[1].

2.6.2. Современные представления о шизофрении: психиатрический аспект

В настоящий момент *главными признаками шизофрении* считают проявления синдрома Кандинского – Клерамбо и бред особого, шизофренического содержания[2]. Это мнение нашло свое отражение в диагностических критериях, приведенных в десятом пересмотре международной классификации болезней (МКБ-10):

На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца …должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

1) Минимум один из следующих признаков:

а) «эхо» мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;

б) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные «голоса», представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных «голосов», исходящих из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).

2) или минимум два признака из числа следующих:

а) хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;

б) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;

---

[1] См.: *Поляков, Ю.Ф.* Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. М., 1974; *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991.

[2] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2.

в) кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

г) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией (МКБ-10)).

Таким образом, можно сформулировать следующее определение:

> ***Шизофрения*** – это обобщающее название для группы заболеваний, которые характеризуются значительным нарушением функционирования, причудливостью поведения, мышления и восприятия без значительных органических повреждений

Выделяются различные виды (формы) шизофрении. Чаще всего называются три вида: гебефреническая или дезорганизованная, кататоническая, параноидная. Выделяется еще и так называемый смешанный тип. При *гебефренической форме* отмечаются грубая неадекватность поведения, разорванность мышления, уплощение или неадекватность эмоций, при *кататонической* – расстройства моторики (кататоническое возбуждение или ступор), при *параноидной* – бредовые идеи и галлюцинации. *Смешанная* форма, как понятно из названия, сочетает в себе черты трех вышеперечисленных форм. Проблема заключается в том, что в течение жизни у больного могут наблюдаться различные типы шизофрении.

Также в литературе широко распространены концепции позитивной и негативной шизофрении или шизофрении позитивного и негативного типов. К *позитивным симптомам* (означающим появление в ситуации болезни какого-либо поведения, какой-либо особенности психики, которых не наблюдалось ранее) относятся бред, галлюцинации и неадекватные эмоции, к негативным – эмоциональное уплощение, абулия, аутизм. Отдельно описываются психомоторные (кататонические) симптомы. Считается, что пациенты с преобладанием позитивных симптомов лучше реагируют на антипсихотические препараты, у них наблюдается более высокий уровень социальной адаптации до начала заболевания, на уровне центральной нервной системы отмечаются скорее биохимические, нежели органические (структурные) аномалии. У больных с преобладанием *негативных симптомов* наблюдаются

органические изменения мозга (нозологическую специфичность которых подтвердить пока не удалось), еще до заболевания у них отмечается снижение социальной адаптации, они демонстрируют слабую реакцию на лечение антипсихотическими препаратами, и прогноз болезни в данном случае относительно неблагоприятный[1].

2.6.3. Патопсихологическая характеристика шизофрении

При анализе изменений личности и психических процессов, по данным беседы, наблюдения и патопсихологического исследования выделяются следующие характерные разновидности симптомов: нарушения мышления, нарушения речи, нарушения эмоций, нарушения личности, моторные расстройства. Рассмотрим их подробней.

Нарушения мышления включают:

• *бред* специфического содержания. Типичные бредовые идеи, высказываемые больными шизофренией, – это идеи преследования; контроля, который осуществляют над ними некие внешние силы; связи всех происходящих вокруг событий с жизнью больного; греха или насилия; болезни; нигилистические идеи; идеи грандиозности, собственного величия[2]. К. Ясперс приводит примеры эсхатологических (связанных с концом света) и одновременно грандиозных самоописаний жизненного мира больных шизофренией:

«В связи с моими представлениями о конце света у меня было бесчисленное множество видений. …В одном видении я опускался на лифте в глубины Земли, и на этом пути я будто прошел в обратном направлении всю историю человечества. Покинув лифт, я оказался на огромном кладбище»; «Если Вы не найдете для меня замены, все пропадет», «Все часы мира чувствуют мой пульс», «Мои глаза и солнце – это одно и то же» (*Ясперс, К.* Общая психопатология. С. 361).

При этом шизофренические миры не строятся по одному образцу. Скорее здоровый человек поймет больного шизофренией, чем один больной – другого. Об этом свидетельствует

---

[1] См.: *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики; *Remschmidt, H.* Definition and classification / H. Remschmidt // Schizophrenia in Children and Adolescents. Cambridge, 2001.

[2] *Кемпинский, А.* Психология шизофрении.

характерный пример из практики известного психиатра М. Рокича. В клинике, где он работал, в 1959 г. одновременно находились трое больных шизофренией, каждый из которых заявлял, что он Иисус Христос. Приведенная ниже цитата отражает дословную запись беседы их первой встречи друг с другом:

«Ну, я кое-что знаю из вашей психологии», – сказал Клайд, – «… и вашу католическую церковь в Северном Брэдли, и ваше образование, и всю эту муть. Я точно знаю, что эти парни делают. …В мою пользу свидетельствует то, что я лишь делаю реальные вещи».

«На чем я остановился, когда меня прервали», – сказал Леон, – «это то, что случилось, когда был создан человек по образу и подобию Бога, еще до начала времен».

«И он просто является божественным творением, и это все», – сказал Джозеф. – «Человек был создан мной после того, как я создал мир – и ничего больше».

«Ты создал и Клайда также?» – спросил Рокич.

«Н-ну, его и многое другое», – рассмеялся Клайд (цит. по *Bootzin, R.* Abnormal psychology. P. 351).

Рокич ожидал ожесточенного спора по поводу того, кто настоящий Мессия, но приведенная выше запись свидетельствует об отсутствии даже нормального диалога.

Рокич поместил этих больных на соседние койки и дал им поручения, вынуждающие их находиться в одном помещении. Затем он наблюдал за больными в течение двух лет, чтобы посмотреть, как меняются их бредовые идеи от соседства друг с другом. Однако и после этого времени каждый из больных был убежден в том, что он является Христом;

- *субъективное ощущение трансляции мыслей* (больному кажется, что его мысли передаются другим людям), вкладывания в голову чужих мыслей, отнятия мыслей;
- *искажение процесса обобщения, разноплановость и резонерство, а также нарушения критичности в мышлении*. Особенно явно эти нарушения проявляются в задачах с «глухой инструкцией», с не определенным четко способом выполнения задания, о чем свидетельствует приведенный ниже пример.

Пример 2.29. Эксперимент Коэна

Коэн с соавторами предложили группе здоровых людей и группе больных шизофренией следующее задание. Им предъявлялись два окрашенных диска. Необходимо было описать диски таким образом, чтобы партнер испытуемого мог их опознать по словесной характеристике и

предъявить экспериментатору. Когда диски сильно различались по цвету, никаких проблем не возникало. Когда диски различались незначительно – по оттенку, больные шизофренией начинали использовать странные признаки для их описания, например, «*Макияж. Наложите его на лицо, и все парни будут бегать за вами*». Для сравнения приводим описание здорового человека: «*Один более красный*» <*цвет*>. (Цит. по *Bootzin, R.* Abnormal psychology. P. 355).

Ассоциации больных своеобразны и хаотичны. По данным Ю.Ф. Полякова, В.П. Критской и др.[1], в процессе решения интеллектуальных задач для больных шизофренией характерно увеличение количества несущественых и уменьшение количества практически значимых свойств предметов, используемых для нахождения ответа. Испытуемые предлагают, например, такие ответы: «*часы и река похожи тем, что они блестят и имеют прозрачную поверхность, цикличные, в них есть камни*»; «*ботинок и карандаш похожи тем, что они заостренные и хранятся в коробке*» и т.п. Причем в ходе исследования у больных шизофренией не было выявлено более выраженной в сравнении со здоровыми людьми способности к выделению латентных свойств предметов, *если условия задачи жестко определялись*. Скорее, как считают авторы, у больных шизофренией ослаблена детерминация познавательной деятельности социальными факторами, и это приводит к нарушению избирательности в мышлении.

Нарушение целенаправленности мышления приводит к потере его продуктивности, что составляет резкий контраст с наличием у больного нужных для выполнения задачи интеллектуальных способностей. Например, классификацию предметов такой больной проводит по несопоставимым признакам либо предлагает несколько вариантов, ни на одном из которых он не может остановиться (см. приложение 1).

Шизофреническое резонерство имеет своеобразный характер. Оно отличается малой эмоциональностью, склонностью к соскальзываниям на побочные темы, претенциозностью суждений, неадекватным выбором предмета разговора, многоречивостью и неуместным пафосом.

---

[1] См.: *Поляков, Ю.Ф.* Патология познавательной деятельности при шизофрении; *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991.

Если обобщить *подход отечественной патопсихологии к объяснению шизофренических изменений мышления*, то схему их возникновения можно представить следующим образом:

Рис. 2.2. Механизм формирования нарушений мышления при шизофрении

Искажение процесса обобщения, разноплановость и резонерство наблюдаются особенно отчетливо в картине шизофренических синдромов с преобладанием негативных психопатологических проявлений, причем вне острых психотических приступов[1].

Нарушения речи. Речь больных шизофренией характеризуется *своеобразием словарного запаса, склонностью к использованию неологизмов, малым использованием выразительных средств* (*мимика, интонирование*), *в некоторых случаях бессвязностью. Часто наблюдается склонность рифмовать высказывания*. Ю.Ф. Поляков и его сотрудники исследовали процесс актуализации речевых связей на основе прошлого опыта у больных шизофренией[2]. Задания были следующими:

- испытуемому назывался первый слог слова, он должен был завершить слово, чтобы получилось имя существительное, нарицательное;
- испытуемому предъявлялись на слух фразы с неясным окончанием (Человек закурил..., он вернется через десять...), которые также необходимо было завершить.

Было выявлено, что больные шизофренией, по сравнению со здоровыми людьми, характеризуются, во-первых, менее стандартными ответами, а во-вторых, тенденцией при подборе слов ориентироваться на звучание, а не на смысл незавершенного предложения.

Нарушения эмоций. *Эмоциональная холодность* является одним из наиболее заметных проявлений шизофрении. Больные выглядят отстраненными, безучастными, слабо реагируют

[1] *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении; мотивация, общение, познание.

[2] Там же.

даже на сильные эмоциогенные стимулы. При этом в связи с бредом у них могут наблюдаться *сильные эмоции, содержание которых неадекватно ситуации*. Для больных шизофренией может быть характерна и *амбивалентность эмоций*, т.е. наличие в сознании одновременно двух различных по знаку типов эмоционального отношения.

Нарушения личности. При шизофрении наблюдаются аутизм, потеря мотивами побудительной силы, нарушение критичности к своему состоянию и поведению, расстройства самосознания, формирование патологических мотивов.

Аутизм можно определить как недостаток социальной направленности, снижение способности к регуляции деятельности социальными мотивами, обусловленное снижением потребности в общении. Социальная направленность человека выражается в первую очередь в готовности к общению с другими, в поиске контактов, в ориентации на внешнюю оценку. Нарушения общения выявляются и в патопсихологическом обследовании больных шизофренией. Так, при классификации изображений человеческих лиц и ситуаций межличностного взаимодействия выявляется снижение ориентировки на социально значимые признаки, снижение дифференцированности восприятия социальных ситуаций. В одном из экспериментов больным предлагалось дать 12 личностных характеристик людей, различающих тех, кто им нравится и кто им не нравится. Некоторые больные не могли привести более двух характеристик[1].

Весьма характерным для шизофрении являются *изменения мотивационно-потребностной сферы*. Б.В. Зейгарник, опираясь на теорию деятельности, выделяет побудительную и смыслообразующую функцию мотивов, слияние которых позволяет сознательно регулировать деятельность[2]. При шизофрении характерно превращение мотивов в «только знаемые», что приводит к значительному нарушению продуктивности деятельности, ее обеднению, неспособности регулировать ее в соответствии с изменившейся ситуацией. Постепенно сужается круг смысловых образований, то, что раньше волновало больного, утрачивает для него всякий смысл. В психиатриче-

[1] *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание.

[2] *Зейгарник, Б.В.* Патопсихология.

ских классификациях это нарушение описывается как одна из разновидностей абулии, т.е. частичного или полного отсутствия желаний или побуждений. Приведем пример из собственной практики.

Пример 2.30. Нарушение регуляции деятельности у больной шизофренией

Больная обращается к психологу по телефону с просьбой рассказать, как можно оформить справку для направления в санаторий. Получив подробный ответ, благодарит и сообщает, что давно страдает язвой желудка, что нужно, наконец, позаботиться о своем здоровье и т.п. Через месяц она звонит снова – обсудить предстоящую поездку, посоветоваться о выборе конкретного санатория. Из беседы выясняется, что больная не только не оформила справку, но даже ни разу за прошедшее время не выходила из квартиры.

Как отмечают отечественные исследователи, мотивационная сфера больного неподвижна, новые события в жизни не приобретают личностного смысла[1]. В то же время при наличии бреда и сверхценных идей у больных шизофренией можно наблюдать формирование патологических мотивов, отличающихся значительной силой и устойчивостью.

Моторные расстройства при шизофрении включают в себя прежде всего проявления кататонии. В состоянии *ступора* больные малоподвижны, не вступают в вербальный контакт, не реагируют на раздражители, не подчиняются просьбам окружающих, застывают в одной и той же позе и противятся попыткам изменить ее. Вместе с тем они могут переходить в состояние бурного *моторного возбуждения*, быстро передвигаться, бессвязно говорить или кричать, в некоторых случаях – пытаются причинять вред себе или нападать на окружающих[2].

При неблагоприятном течении шизофрения приводит к возникновению ***психологического дефекта*** с преобладанием негативных симптомов: аутизм, эмоциональная недостаточность, снижение психической активности, диссоциация психической деятельности (странность и необычность поведения, снижение критичности при относительной сохранности формального интеллекта).

---

[1] *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Можно выделить два основных типа шизофренического дефекта – парциальный и тотальный. *Парциальный дефект* характеризуется шизоидными изменениями психики, прежде всего в эмоциональной сфере, в виде холодности, нарушения жизненных контактов в сочетании с повышенной ранимостью и чувствительностью к себе. Для больных характерны практическая неприспособленность, несостоятельность в работе и учебе. В то же время у них имеются обширные запасы знаний, односторонние увлечения. Уровень регуляции поведения в случае парциального дефекта остается высоким в тех видах деятельности, в которых роль социального фактора невелика.

Тотальный шизофренический дефект характеризуется наличием псевдоорганических изменений. У больных наблюдается дефицит активности и эмоциональной выразительности, бедность побуждений и интересов, ограниченность знаний, пассивность и вялость, аутизм и психическая незрелость. Все это приводит к значительному снижению продуктивности психической деятельности. Несмотря на различие между этими двумя разновидностями дефекта, что в обоих случаях у больного наблюдаются специфические для шизофрении нарушения мышления, например потеря избирательности, своеобразие ассоциаций и т.п. Это не шизофреническое слабоумие, а шизофреническое инакомыслие[1].

2.6.4. Теории шизофрении

Существуют различные теории возникновения шизофрении.

Биологические теории возникновения шизофрении указывают на генетические, обменные и органические (атрофические) факторы, играющие роль в развитии данного заболевания. Вместе с тем до сих пор не удалось выявить ни одного нозологически специфичного биологического фактора в развитии данного расстройства.

Психоаналитический подход к шизофрении. З. Фрейд связывал с возникновением шизофрении регрессию к той стадии, когда Эго еще не было сформировано, и попытками вос-

---

[1] *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание.

становить контроль над Эго. Неблагоприятные воздействия на ребенка в период раннего детства (равнодушные или пренебрегающие воспитанием родители) приводят к регрессии на стадию раннего нарциссизма. Неологизмы, речевую спутанность, бред величия Фрейд рассматривал как эгоцентрические симптомы.

Ф. Фромм-Рейхман предложила понятие «шизофреногенной матери». Согласно ее мнению, сочетание гиперопеки и пренебрежения ребенком приводят к его дезориентации и формированию патологических форм поведения[1].

С точки зрения современного психоанализа основную роль в формировании данного расстройства играют процессы расщепления. В принципе, расщепление наблюдается и при пограничном личностном расстройстве, однако эти два вида расщепления отличаются не только качественно, но и количественно. При шизофрении границы между разделенными областями частично проницаемы. Образы «Я» («Я» хорошее, «Я» плохое, «Я» идеальное и «Я» реальное) не отделены друг от друга, а существуют одновременно, и они активны. Больной шизофренией не может от них защититься. Некоторые пациенты определяют это состояние так: «Толпа других в голове». Человек неизбежно запутывается, становится рассеянным, что приводит к нарушениям поведения. В случае шизофрении расщепление происходит между «Я» и миром, между частями «Я», а также – расщепление окружающего мира на абсолютно «хорошие» и абсолютно «плохие» аспекты.

При этом образы внутреннего мира подавляют образы внешнего мира. Реальный мир наполняется проекциями. Сознание навязчиво заполняется образами из бессознательного.

Н. Мак-Вильямс рассматривает шизофрению как крайнюю точку в континууме шизоидного реагирования (на другом конце континуума находятся хорошо адаптированные, высоко продуктивные шизоиды). Для всех шизоидов характерны врожденная чувствительность, низкое чувство психологического комфорта, восприятие окружающего мира как угрожающего индивидуальности, недостаток общих защит. Отчуждение шизоидных личностей проистекает из опыта непонимания их окружающими. Это «наблюдатели» человеческого существования. Наиболее зрелой защитой шизоидной личности, по

---

[1] *Куттер, П.* Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер. Спб., 1997.

мнению Мак-Вильямс, является интеллектуализация. Основная проблема такого человека – проблема близости – дистанции. Шизоидная личность словно пытается сказать окружающим: «Подойди ближе: я одинок, но оставайся в стороне – я боюсь внедрения»[1].

Когнитивный подход к шизофрении. Бред и галлюцинации рассматриваются в когнитивной терапии как экстремальные проявления нормального процесса мышления. Ч. Фритц утверждает, что когнитивный дефицит приводит к невозможности разграничения событий, обусловленных внешними и внутренними (связанными с самим больным) причинами. Д. Химсли указывает на нарушения процесса отбора информации, Б. Маер – на переоценку совместного появления событий. Галлюцинации являются ошибочной интерпретацией внешних событий, особенно тех, что носят двусмысленный характер[2].

2.6.5. Биологическая терапия и психологическая помощь больным шизофренией

Современный подход к лечению шизофрении подразумевает сочетание фармакологического лечения, а также методов психосоциального воздействия. Поскольку шизофрения является хроническим заболевание, на различных этапах больной нуждается в различных видах помощи. Так, при обострениях значительная роль принадлежит фармакотерапии и «терапии средой», а после выхода из острого состояния – различным видам психологической помощи.

Фармакологическое лечение основывается на использовании классических (галоперидол, флуфеназин) и атипичных (клозапин, рисперидон) нейролептиков. Нейролептики являются препаратами сильного затормаживающего действия. От других транквилизаторов они отличаются отсутствием расслабляющего влияния на тонус мышц и снотворного эффекта. Накапливаясь в организме, нейролептики оказывают избирательное действие на симптомы психоза. Атипичные нейролептики хорошо действуют на резистентных к терапии пациентов, и у них нет обычных для классических нейролеп-

---

[1] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.

[2] См.: *Rector, N.A.* Cognitive behavioural therapy for psychosis / N.A. Rector // Psychiatry Rounds. 1998. V. 2, № 2.

тиков побочных эффектов в виде нарушений моторной сферы[1].

Терапия средой направлена на снижение психологических нагрузок на пациентов, которые страдают от острого шизофренического расстройства. Л. Чиоффи на основе проведенных исследований сформулировал семь условий успешной терапии шизофрении.

1. Спокойная лечебная среда с постоянным медицинским персоналом.

2. Стабильность лечебных мероприятий, осуществляемых по возможности одним человеком.

3. Коммуникация с больным должна быть конгруэнтной, ясной, осознанной (особенно важно следить за аффективным компонентом общения).

4. Единый подход к болезни не только у персонала, но и больного и его родственников.

5. Формирование у больного позитивных ожиданий по отношению к терапии.

6. Необходимо избегать как чрезмерной, так и недостаточной стимуляции больного.

7. Сочетание психосоциальной помощи с лечением фармакологическими препаратами.

В экспериментальной группе особое внимание уделялось спокойной терапевтической среде с постоянным обслуживающим персоналом, антипсихотические препараты использовались только эпизодически. Через 2 года была проведена проверка эффективности этого метода по сравнению с контрольной группой из другой клиники. Результаты исследования можно охарактеризовать как неоднозначные. Между двумя группами не были обнаружены различия в частоте рецидивов, психопатологических симптомах, трудоспособности. Однако оказалось, что соблюдение предложенных Чиоффи принципов позволяет сохранить дозу нейролептиков на 60%. Правда, как показал эксперимент, в этом случае они будут находиться в больнице больше времени. Проводилось достаточное количество исследований оценки влияния больничной среды на симптомы шизофрении. В исследовании С. Келлэ

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

(1967 г.) уменьшение психопатологической симптоматики отмечалось в тех отделениях, где создавались лучшие условия для установления социальных контактов, а также там, где лишь незначительное количество пациентов демонстрировало агрессию или возбуждение. При метаанализе сравнительной эффективности различных психотерапевтических методов установлено, что наибольший эффект оказывают семейная, когнитивная и телесно-ориентированная терапия, а наименьший – психоанализ и консультирование[1].

Важнейшими задачами долговременной терапии являются профилактика рецидивов и формирования дефекта. До сих пор трудно предсказать, у какого пациента может произойти рецидив. Как правило, рецидивы происходят чаще у тех людей, которые не принимают нейролептики. Если прекратить принимать нейролептики слишком быстро, риск рецидива увеличивается, если принимать их слишком долго, могут возникнуть сильные побочные эффекты.

Создатель концепции шизофрении, Е. Блейлер, считал, что лучше лечить пациентов вне больниц, так как чем дольше они находятся в больнице, тем труднее их выписать и тем труднее родственникам привыкнуть к их возвращению (к их новому психическому состоянию). Чрезмерно длительное пребывание в стационаре и недостаток социальной стимуляции могут привести к обострению симптоматики, в частности негативной[2].

Большая роль в обеспечении успеха лечения принадлежит родственникам. Их реакции могут изменить риск рецидива.

Так или иначе, психологическая помощь больным шизофренией должна быть направлена на оказание моральной поддержки, восстановление разрушенной социальной сети.

Когнитивный подход в лечении шизофрении направлен на обучение пациента навыкам правильной переработки информации, для того чтобы они могли адекватно интерпретировать происходящие с ними события. Она может иметь различные мишени – от бреда и галлюцинаций до хаотичности речи и мышления. В 1952 г. А. Бек впервые применил когнитивную

---

[1] *Ватцль, Г.* Шизофрения: интервенция / Г. Ватцль, Р. Коэн // Клиническая психология. СПб., 2002.

[2] Там же.

терапию в работе с больным параноидной формой шизофрении. Модели когнитивной терапии психозов бывают двух видов: ориентированные на процесс формирования суждений и на его содержание. В первом случае целью является развитие внимания и навыков формирования суждений, во втором – изменение ошибочной интерпретации внешних событий. Как правило, когнитивный терапевт пытается проследить симптомы вплоть до начала их возникновения и показать, какие искажающие когнитивные процессы действовали в тот период. Например, пациент слышит, как один из пассажиров автобуса просит продать ему билет в то самое время, как и он сам думает о билете. Это вызывает нерациональную идею о том, что другие люди слышат его мысли, а она, в свою очередь приводит к возникновению сильного страха.

Швейцарский психотерапевт Г. Бреннер разработал интегративную психологическую терапию шизофрении. Он утверждает, что когда когнитивный дефицит будет преодолен, у больного восстановятся и другие навыки. На первой стадии проводится работа с вниманием и мышлением, на второй у больного вырабатываются социальные навыки и проводится семейная терапия[1].

Динамическая психотерапия направлена на развитие и укрепление чувства идентичности, силы Эго. Речь идет не об устранении конкретного симптома при помощи психоанализа. Лишь воссоздание идентичности сделает возможным проработку проблемы. Важным моментом является установление терапевтического контакта, здесь недопустима преждевременная интерпретация симптомов. Психотерапевт должен прямо и активно инициировать процесс переноса, брать на себя функции вспомогательного Эго, устанавливать альянс с конструктивными и сохранными функциями личности. Рекомендуется аналитическая терапия средой – вся среда клиники становится тем же, чем для пациента-невротика его ассоциации на кушетке. Отреагирование во время выполнения групповых проектов поставляет материал психоаналитику[2].

---

[1] *Rector, N.A.* Cognitive behavioural therapy for psychosis.

[2] См.: *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе; *Ватцль, Г.* Шизофрения: интервенция / Г. Ватцль, Ф. Коэн // Клиническая психология.

2.6.6. Патопсихологическая диагностика при шизофрении

Основными задачами патопсихологической диагностики при шизофрении являются:

- отделение данного расстройства от шизотипического и шизоидного расстройств личности. Основные критерии – постепенное увеличение тяжести расстройств мышления в ходе шизофренического процесса и значительная степень их выраженности, наличие бредовых идей. Кроме того, расстройства личности не характеризуются типичными для шизофрении изменениями в виде абулии и неподвижности мотивационной сферы;
- отделение шизофренического психоза от других видов психотических расстройств. Опирается на выявление специфичных для других расстройств аффективных и когнитивных нарушений, а также на отсутствие при других психозах специфических для шизофрении нарушений мышления, личности и эмоций;
- определение типа и степени шизофренического дефекта;
- определение трудо- и дееспособности больных (последняя задача решается совместно с психиатрами).

Ниже приводятся данные патопсихологического обследования больного шизофренией (достаточно типичного с точки зрения имеющихся нарушений личности и психических процессов).

Пример 2.31. Патопсихологическое исследование больного шизофренией

В процессе исследования больной немногословен, погружен в свои мысли, задания выполняет с задержкой. Жалоб активно не предъявляет, однако боится, что его признают несостоятельным, так как он сменил уже несколько мест учебы, нигде не может приспособиться к требованиям.

Пиктограмма:
веселый праздник – флажок. Не воспроизводит;
вкусный ужин – еда. Не воспроизводит;
тяжелая работа – экскаватор. Не воспроизводит;
болезнь – градусник и больной человек. Не воспроизводит;
счастье – солнце. Не воспроизводит;
любовь – два человека. Не воспроизводит;

развитие – спираль. Не воспроизводит;

разлука – рельсы. Не воспроизводит;

обман – об – приставка, кружочек обойти, а ман – это манная каша. Не воспроизводит;

победа – танк и флаг. Не воспроизводит;

подвиг – Александр Матросов с гранатой. Не воспроизводит;

вражда – хулиган с рогаткой и с синяком. Не воспроизводит;

сомнение – рыба сом и катушка с нитками (получается *сомневаться*). Не воспроизводит;

справедливость – правая рука (*Это когда человек прав*). Не воспроизводит;

дружба – люди приходят в гости друг к другу. Не воспроизводит;

Классификация предметов:

несмотря на инструкцию, выкладывает большое количество одиночных карточек, которые затем не может объединить.

Сравнение понятий:

справился со всеми обобщениями, кроме:

ботинок – карандаш (*Оставляют след*);

очки – деньги (*За деньги можно купить очки, а очками можно рассматривать деньги*).

На основании полученных данных можно сделать вывод о наличии у больного нарушений волевой регуляции поведения, нарушений целенаправленности мышления (чем можно объяснить сравнительно хорошее выполнение методики «сравнение понятий» и неудачное – «классификации предметов» и «пиктограммы»), искажение процесса обобщения. В пиктограмме присутствуют ассоциации по созвучию, фрагментарные образы: слово делится на две части, к каждой из которых подбирается свой рисунок.

Резюме

Шизофрения является тяжелым психическим расстройством, при котором отмечаются прогрессирующие нарушения мышления, эмоций, личности и поведения. Выделяют типы шизофрении, различающиеся динамикой болезненного процесса и тем, какие симптомы у больного преобладают. Хотя полного излечения при шизофрении добиться невозможно, наилучший результат может быть получен за счет сочетания биологической терапии, психотерапии и особой организации больничной среды, стимулирующей больного к развитию социальных навыков.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. СПб., 1998.

Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991.

2.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Во всех известных культурах люди употребляли и употребляют различные вещества, искусственно изменяющие сознание, эмоции и поведение (психоактивные вещества). Психоактивные вещества можно разделить на несколько групп в зависимости от их эффекта – стимуляторы, депрессанты, галлюциногены, каннабиоиды[1]. *Стимуляторы* повышают активность центральной нервной системы, способствуют ускорению психических процессов; *депрессанты* – понижают активность ЦНС, снижают состояние напряжения, ослабляют самоконтроль и концентрацию внимания; *галлюциногены* вызывают возникновение обманов восприятия, *каннабиоиды* (производные конопли) вызывают смешанное – галлюциногенное, стимулирующее и успокаивающее действие. В табл. 2.5 приводится их классификация:

Таблица 2.5

Основные виды психоактивных веществ

Стимуляторы	Депрессанты	Галлюциногены	Каннабиоиды
Кокакин Амфетамин Кофеин Никотин	Алкоголь Опиоиды (героин, морфин, метадон) Седативно-снотворные препараты (барбитураты, бензодиазепины)	ЛСД Экстази Метамфетамин Мескалин Псилобицин	Марихуана Гашиш

Некоторые из перечисленных в таблице веществ разрешены законом, другие – запрещены, некоторые вызывают серьезные последствия для физического и психического здоровья

[1] См., например, *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

уже после первого приема (метамфетамин), другие – в случае регулярного и чрезмерного употребления (алкоголь). Поэтому существует вопрос о том, как различать безопасное употребление, злоупотребление и зависимость. Ряд авторов указывает, что этот вопрос часто решается не на основе медицинских критериев, а на основе личных предпочтений того или иного ученого[1]. Злоупотребление веществом связано с таким паттерном его приема, который приводит к возникновению межличностных, профессиональных и юридических проблем, а также к ухудшению здоровья, человек постепенно теряет контроль над процессом употребления вещества. Большинство клиницистов согласны с тем, что *критериями перехода злоупотребления в зависимость* служит появление таких признаков, как толерантность и синдром отмены.

Толерантность – явное ослабление действия вещества при приеме одной и той же его дозы

Толерантность может быть *перекрестной*, когда злоупотребление одним веществом вызывает толерантность к другому веществу. *Диспозиционная толерантность* означает, что распад наркотика происходит в более быстром темпе, чем его поглощение.

Синдром отмены (абстинентный синдром) – негативное психофизиологическое состояние, возникающее после прекращения приема психоактивного вещества или уменьшения его дозы

Характеристики синдрома отмены определяются свойствами психоактивного вещества (табл. 2.6). При этом для уверенной диагностики синдрома отмены необходимо наличие не менее трех симптомов, в случае психостимуляторов обязательно должна наблюдаться дисфория.

[1] *Gossop, M.* Drug and alcohol problems / M. Gossop // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by Lindsay S., Powell G. London, New York: 1995.

Согласно МКБ-10 для диагностики синдрома зависимости необходимо следующее: три или более из числа нижеперечисленных проявлений должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются более короткое время, периодически повторяться в течение 12 месяцев:

1) сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества;

2) нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют потребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем планировалось, или безуспешные попытки и постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;

3) состояние физиологической абстиненции: когда прием вещества уменьшается или прекращается, возникает синдром отмены. Для его снятия необходимо употребить это же или сходное с ним вещество;

4) проявление толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов;

5) озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества больные полностью или частично отказываются от других важных интересов и видов активности, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества и восстановлением от его эффектов;

6) устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий этого.

Ни один из перечисленных выше пунктов не является достаточным для диагностики зависимости, необходимо оценивать поведение больного в целом. Принято считать ключевой психологической характеристикой синдрома зависимости непреодолимую потребность в приеме вещества, а ключевой физиологической характеристикой – абстинентный синдром (табл. 2.6).

На основании динамики употребления вещества разделяют зависимость с постоянным и эпизодическим употреблением вещества.

Таблица 2.6.

Синдромы отмены для различных психоактивных веществ

Название вещества					
Алкоголь	Опиоиды	Каннабиоиды	Седативные вещества	Стимуляторы	Табак
• тремор языка, век или вытянутых рук • потливость • тошнота или рвота • тахикардия или гипертензия • психомоторная ажитация • головная боль • бессонница • чувство недомогания, слабости • транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии • большие судорожные припадки	• сильное желание принять опиоидное средство • кровотечение из носа или чихание • слезотечение • мышечные боли или судороги • абдоминальные судороги • тошнота или рвота • диарея • расширение зрачков, образование «гусиной кожи» или периодический озноб • тахикардия или гипертензия • зевота • беспокойный сон	• тревога • раздражительность • тремор вытянутых рук • потливость • мышечные боли	• тремор языка, век или вытянутых рук • тошнота или рвота • тахикардия • постуральная гипотензия • психомоторная ажитация • головная боль • бессонница • чувство недомогания или слабости • транзиторные зрительные, слуховые или тактильные галлюцинации или иллюзии • параноидная идеация • большие судорожные припадки	• дисфорическое настроение (например, печаль или ангедония) • летаргия и усталость; • психомоторная заторможенность или ажитация • сильное желание принять стимулятор • повышенный аппетит • бессонница или гиперсомния • причудливые или неприятные сновидения	• сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства) • чувство недомогания или слабость • тревога • дисфорическое настроение • раздражительность или беспокойство • бессонница • повышенный аппетит • усиленный кашель • изъязвления во рту • трудности в сосредоточении

Источник: Международная классификаця болезней (МКБ-10).

2.7.1. Зависимость от алкоголя

По сравнению с другими видами зависимости, алкоголизм[*] начали изучать гораздо раньше. Уже в XVIII столетии в Европе врачи, философы, общественные деятели стали активно интересоваться проблемой пьянства. Сперва чрезмерное употребление алкоголя рассматривалось не как медицинская, а как социальная проблема. Такой подход, например, был характерен для *обществ трезвости*, первое из которых появилось в 1840 г. Именно их активистами была начата разработка концепции алкоголизма и различных программ помощи больным.

Рассматривая исследования алкоголизма в *исторической перспективе*, можно выделить несколько подходов:

• *моральный* (пьянство – это грех, ответственность за него лежит на том, кто пьет),

• *с ориентацией на свойство алкоголя* (алкоголь – это вещество, которое способно вызвать зависимость у каждого, кто его принимает),

• *подход к алкоголизму как к болезни* (у одних людей, в силу их повышенной уязвимости, алкоголь может вызывать зависимость, другие могут избежать этой участи),

• *подход научения* (алкоголизм – это патологическая привычка, которая приобретена в процессе жизни и может быть скорректирована[1]).

В настоящее время можно наблюдать совмещение некоторых из них (например, современные члены обществ трезвости одновременно придерживаются подходов 1 и 2). С исторической точки зрения, подход 4 возник позже из всех вышеописанных.

Также можно отметить, что одни теории объясняют, почему человек вообще начинает пить, другие – почему он теряет контроль над процессом употребления алкоголя.

Наиболее популярный подход к объяснению того, почему люди начинают употреблять алкоголь – это *теория редукции напряжения*. Различные ее варианты указывают на непосредственное биологическое влияние алкоголя, на роль алкоголя в

---

[*] В данной главе термины «зависимость от алкоголя» и «алкоголизм» употребляются как синонимы.

[1] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice / D.F.Marks [et al.]. London, 2000.

раскрепощении поведения, на социальный смысл употребления спиртного[1]. Некоторые авторы отмечают роль *процессов социального научения,* которые побуждают человека к приему алкоголя в определенных ситуациях. Б.С. Братусь рассматривает употребление алкоголя *как особую форму замещающей деятельности по удовлетворению потребностей*[2].

При рассмотрении некоторых теорий зависимости от психоактивных веществ (особенно – от легальных, наподобие алкоголя и табака), следует учитывать, какую роль играют интересы (в том числе – экономические) отдельных групп в поддержке той или иной концепции. Например, нетрудно догадаться, что точка зрения на свойства алкоголя как на основную причину зависимости вызвала резкое противодействие со стороны производителей спиртного, для которых более привлекательной представлялась концепция алкоголизма как болезни. Проблема заключается в том, что до сих пор не выработаны убедительные критерии в отношении того, что можно считать нормой безопасного употребления спиртного, следует ли обучать молодых людей такому употреблению или стоит ограждать их от употребления спиртного вообще[3].

В 1950-е гг. Э. Елинек предложил разделять алкоголизм на *проблемное пьянство* и *зависимость*. Люди, отличающиеся проблемным пьянством, употребляют слишком большое количество алкоголя, что может нанести вред их здоровью, однако не имеют зависимости от этого вещества. Алкоголизм определяется наличием синдрома физической зависимости. Елинек также разделил всех больных с алкогольной зависимостью на гамма-тип и дельта-тип. Больные *гамма-типа* теряют над собой контроль и уже не могут остановиться после первой рюмки. Больные *дельта-типа* пьют умеренно, но постоянно. Они способны контролировать количество принимаемого алкоголя, но не могут полностью прекратить его прием[4].

---

[1] *Gossop, M.* Drug and alcohol problems / M. Gossop // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by Lindsay S., Powell G.

[2] *Братусь, Б.С.* Аномалии личности.

[3] См.: *Gossop, M.* Drug and alcohol problems; *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[4] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice.

Л. Бернард и К. Крупат выделяют 3 варианта динамики употребления алкоголя:

- ежедневное употребление большого количества алкоголя;
- систематическое тяжелое пьянство по выходным;
- длительные периоды трезвости, сочетающиеся с периодами тяжелой алкоголизации[1].

Теории, описывающие превращение злоупотребления алкоголем в зависимость, делятся на биологические, психологические и социальные.

Биологические теории. Данные близнецовых исследований показывают, что конкордантность проявления признаков алкоголизма выше для монозиготных близнецов. Исследование усыновленных детей также показывает, что риск развития зависимости от алкоголя у родственников выше, чем во всей популяции. В любом случае склонность к алкоголизму не передается так прямо, как цвет глаз. Могут быть индивидуальные врожденные различия в способе переработки алкоголя, в личностных и эмоциональных характеристиках и т.п.[2].

Биохимические теории алкоголизма (как и других зависимостей) связывают его возникновение с непосредственным воздействием вещества на головной мозг, с закономерностями его употребления и распада. Чем быстрее проникает вещество в организм (вдыхание, внутривенные инъекции), тем быстрее оно окажет действие на головной мозг. В последнее время в этих теориях активно используется понятие подкрепления. Утверждается, что эффекты приема психоактивного вещества действуют как позитивное подкрепление. В результате предъявление ассоциированных с веществом стимулов вызывает либо непреодолимую потребность принять вещество, либо чувство удовольствия, обычно возникающее при его приеме. Например, у некоторых наркоманов простой укол иглой приводит к возникновению эффекта, близкого к наркотическому. В одном из исследований наркоманы демонстрировали возбуждение и потребность принять наркотик при предъявлении в качестве условного раздражителя названия наркотика[3].

---

[1] *Bernard, L.* Helth Psychology / L. Bernard, C. Cruput. London, 1933.

[2] *Gossop, M.* Drug and alcohol problems.

[3] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice [et al].

Психологические теории возникновения зависимости указывают на роль патологических личностных черт – нейротизма, личностной незрелости и т.п. Однако эти данные противоречивы, кроме того, бывает достаточно трудно отделить преморбидные личностные факторы от последствий наркомании. Другие подходы с точки зрения теории научения указывают на роль позитивных и негативных подкреплений в развитии зависимости. К *позитивным* подкреплениям относят эйфорию, социальное поощрение, изменение характера реакций. К *негативным* – снятие боли, притупление негативных переживаний, снижение чувства неполноценности, тревоги и страха. Общей идеей психологических подходов можно считать идею о том, что уязвимые с психологической точки зрения личности вначале начинают употреблять вещество, а затем, в силу той же уязвимости, неспособны прекратить это употребление, когда оно принимает опасные формы[1].

К числу наиболее значимых ***социальных факторов*** возникновения зависимости относят доступность наркотика и социальное давление. В то же время наличие развитых навыков социального взаимодействия является своего рода «защитой» от наркомании. В литературе есть также указание на развитие наркотической субкультуры, в которой употребление вещества поощряется и рассматривается как вызов традиционному обществу, а ее члены взаимно поддерживают друг друга[2].

2.7.2. Зависимость от табака

Как серьезную проблему курение стали рассматривать в середине XX в., когда было показано, что оно повышает риск онкологических заболеваний.

Биологические теории указывают на роль никотина в развитии зависимости. Например, есть некоторые сообщения о развитии толерантности к никотину, а также о специфическом синдроме отмены. Однако эти данные намного более противоречивы, нежели в отношении алкоголя и других наркотических веществ. Как известно, никотин является токсичным веществом, которое в больших дозах может привести к леталь-

---

[1] *Gossop, M.* Drug and alcohol problems.
[2] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice.

ному исходу. В малых дозах он оказывает стимулирующий эффект. В то же время сами курильщики часто сообщают об его «успокаивающих» свойствах. Это противоречие получило название «никотинового парадокса», для которого предлагаются различные объяснения – например, что никотин оказывает довольно слабое действие, которое легко интерпретировать по-разному, или что курильщики страдают синдромом отмены, и когда они выкуривают очередную сигарету, у них уменьшается вызванное этим синдромом напряжение[1].

В целом, поведение заядлых курильщиков свидетельствует о развитии у них синдрома зависимости. В одном из исследований было показано, что в первые 5 минут после того как они проснулись, 14% курильщиков выкуривают свою первую сигарету, а в первые полчаса это делают 50%. В другом исследовании 1/3 курильщиков сообщили, что в течение последнего года они безуспешно пытались бросить курить. В первый год после решения прекратить курение большинство людей возвращаются к старой привычке[2].

В 1984 г. С. Шахтер с коллегами разработал теоретическую модель, объясняющую курение тем, что существует физиологический регуляторный механизм, управляющий уровнем никотина в головном мозге. Когда этот уровень падает, человек чувствует потребность закурить.

Однако многие научные факты свидетельствуют не в пользу биологических теорий курения. Например, в определенных обстоятельствах многие люди могут не курить очень долгое время, от 10 до 18% курильщиков, согласно данным исследований, курят менее 5 сигарет в день, так что реальный уровень никотина не слишком высок[3].

Психологические теории связывают курение со следующими факторами:

- процессами социального научения;
- мотивационными факторами (удовольствие, развлечение, редукция напряжения и т.п.);
- высоким уровнем стресса;
- с поиском острых ощущений[4].

---

[1] *Bernard, L.* Health Psychology.
[2] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice.
[3] Там же.
[4] *Bernard, L.* Health Psychology.

Социальные теории объясняют курение его определенным значением для различных социальных групп. Например, возможность сделать перерыв в работе, подчеркнуть свою взрослость и свой статус, возможность структурировать время, возможность играть определенную социальную роль.

Большинство курильщиков начали курить в подростковом возрасте, что делали лишь 10% некурящих взрослых.

2.7.3. Психологическая помощь больным с зависимостью

Рассмотрим в данном параграфе общие принципы лечения алкоголизма, которые, на наш взгляд, могут быть распространены и на другие случаи зависимости.

Существуют различные подходы к ***лечению алкоголизма.*** Их отличие заключается в определении основной цели лечения – полной абстиненции или контролируемом употреблении алкоголя. Как правило, сторонники биомедицинской модели алкоголизма выступают за полное воздержание от употребления вещества, этой же позиции придерживаются представители «Анонимных алкоголиков»[1]. Другие специалисты считают возможным выработать у больного навыки контроля над употреблением спиртного. В пользу этого последнего подхода свидетельствуют данные о том, что после окончания лечения около 15% пациентов продолжали пить, но в умеренном, не вызывающем проблем количестве. Однако есть данные, что контроль над потреблением спиртного недоступен больным, которые имеют тяжелые алкогольные проблемы.

Показателями, внушающими оптимизм в отношении установления такого контроля, являются:

- молодой возраст;
- стабильные условия жизни, наличие семьи и работы;
- слабая выраженность или отсутствие синдрома отмены;
- отсутствие побочных заболеваний, связанных с алкоголем;
- опыт алкоголизации – менее 10 лет[2].

---

[1] *Gossop, M.* Drug and alcohol problems.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология; *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice.

Медикаментозная терапия алкоголизма включает в себя несколько этапов, первый из которых – детоксикация. Этот процесс может длиться около месяца. Цель детоксикации – устранение симптомов отмены (профилактика сердечной аритмии, судорог, делирия). Для этого также используются транквилизаторы, противосудорожные препараты, антидепрессанты. Затем больным назначают препараты, которые взаимодействуют с алкоголем, вызывая исключительно неприятные субъективные ощущения и реакции, например рвоту. Наиболее известен препарат антабус, или дисульфирам. Также для медикаментозной терапии назначаются препараты, блокирующие приятные эффекты приема алкоголя и снижающие тягу к нему, например налтрексон[1].

Группы «анонимных алкоголиков». Эта программа была основана в 1935 г. в Экроне, штат Огайо (США) несколькими людьми, имевшими проблемы с употреблением спиртного. Используемая членами группы методика самопомощи получила название «12 шагов». Выполнение программы требует от участников признания алкоголизма и его последствий, полной абстиненции. В целом программа основана на модели алкоголизма как болезни. В лечении задействованы религиозные и духовные учения. Группы анонимных алкоголиков не подразумевают необходимости формального членства или взносов. Исследований эффективности их работы очень мало, сами участники утверждают, что число вылечившихся составляет около 2/3, независимые исследователи говорят об очень высоком количестве отказов от лечения – до 70%, что много по сравнению с другими терапевтическими группами[2].

Аверсивная поведенческая терапия алкоголизма основана на сочетании вкуса и/или запаха алкоголя с аверсивным стимулом. Сообщения об ее эффективности противоречивые.

Тренинг социальных навыков и навыков решения проблем направлен на выработку у больного умения регулировать свои эмоциональные состояния и достигать намеченных целей без алкоголя, а также на развитие умения отказаться от приема спиртного в социальных ситуациях.

---

[1] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] См.: *Карсон, Р.* Анормальная психология; *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice.

Мотивационная терапия основана на обучении навыкам осмысленной жизни без алкоголя и на анализе жизненных целей.

Большинство исследований говорят о пользе *эклектического подхода в лечении*. Обычно лечение начинается с детоксикации, затем присоединяется аверсивная терапия (это требует нескольких недель пребывания в больнице). Дальнейшее лечение может быть амбулаторным, тогда используются другие психотерапевтические техники[1].

Стабильный эффект возможен, но он наблюдается менее чем у половины больных, успешно закончивших лечение. К сожалению, довольно остро стоит проблема прерывания лечения (половина всех обратившихся). Наибольшее число рецидивов случается в первые три месяца после окончания лечения. Для поддержки больных алкоголизмом в их стремлении отказаться от употребления спиртного используется транстеоретическая модель поведенческих изменений, описывающая отказ от рискованного поведения как многостадийный процесс.

Создатель теории, Дж. Прохазка, утверждает, что в осуществлении безопасного поведения можно выделить пять последовательных стадий:

- предварительное размышление (отдельные, неоформленные и недостаточно серьезные мысли об изменении поведения);
- серьезные размышления по поводу изменения поведения;
- подготовка к изменениям;
- попытки изменения;
- поддержание изменений.

В определенный момент времени человек находится на строго определенной стадии. Для того чтобы поддерживать изменения в поведении и переходить с одной стадии на другую, человек использует различные способы:

- усиление осознавания (накопление информации об «Я» и
- об актуальной проблеме);
- переоценка «Я» в связи с актуальной проблемой;
- поиск альтернатив текущему (проблемному) поведению;
- контроль над стимулами;
- использование подкреплений (самопоощрение или поиск поддержки и поощрения со стороны окружающих).

[1] См.: *Gossop, M.* Drug and alcohol problems; *Перре, М.* Психологические факторы: влияние социализации: Клиническая психология; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

Предполагается, что на каждой стадии используются специфические когнитивные стратегии. Например, на четвертой стадии, когда начинаются реальные изменения, это поиск подкрепления, на первой стадии – поиск информации.

Как и в случае шизофрении, при лечении алкоголизма используется ***терапия средой***, в том числе направленная на восстановление семейных и дружеских связей, навыков самоконтроля, профессиональных навыков.

В целом аналогичные методы используются для терапии других зависимостей.

2.7.4. Патопсихологическая диагностика при зависимости

Патопсихологическая диагностика в данном случае решает, на наш взгляд, три основные задачи:

- определение наличия зависимости;
- выявление типа / стадии зависимости, прогноза развития зависимости.
- квалификация состояния личности и психических процессов.

Наличие зависимости и определение ее стадии одни авторы предлагают диагностировать по клиническим признакам, выявляемым в ходе интервью (количество употребляемого вещества, возраст начала употребления, наличие абстинентного синдрома и т.п.), другие разрабатывают с этой целью специальные тесты[1].

Из созданных отечественными авторами или адаптированными для использования в русскоязычном варианте методик можно назвать:

вариант Мичиганского алкогольного скрининг-теста (MAST): адаптация А.Е. Боброва, А.Н. Шурыгина;

скрининговую методику для выявления алкоголизма (СМА) – В.И. Полтавец (см. приложение 1);

клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К. Яхтин, В.Д. Менделевич);

анкету для выявления алкоголизма (А.В. Довгий с соавторами).

---

[1] См. подробно: *Минко, А.И.* Психологичесие методы диагностики алкоголизма / А.И. Минко [и др.] // Украинский медицинский альманах. 2000. Т. 3, № 2 (приложение).

Для диагностики наркомании, как правило, используются клиническая беседа и объективные тесты для определения следов наличия вещества.

Квалификация состояния личности и психических процессов проводится с помощью стандартных патопсихологических методик. При *наркомании* большинство авторов указывают на изменения личностно-мотивационной сферы, при *алкоголизме*, наряду со специфическими изменениями личности, формируется органический психосиндром (см. главу 2.2), с преобладанием прогрессирующего интеллектуально-мнестического снижения, вплоть до слабоумия[1]. Выделяют несколько вариантов алкогольной деградации личности: неврозоподобный синдром, психопатоподобный синдром, алкогольное слабоумие. Выраженное интеллектуальное снижение наблюдается у 45–70% больных.

В.М. Блейхер отмечает, что на начальной стадии развития алкоголизма нарушения памяти при условии лечения могут носить обратимый характер[2]. Одним из тяжелых последствий хронического алкоголизма является *грубое нарушение памяти*, получившее название *синдром Корсакова*. При данном синдроме отмечаются ретроградная и антероградная амнезии, а также конфабуляции[3]. При этом существует четкая граница между хорошо сохранившимися воспоминаниями о раннем периоде жизни и исчезнувшими воспоминаниями о недавней жизни (пример 2.32).

Пример 2.32. **Заблудившийся мореход**

Обаятельный, умный и напрочь лишенный памяти Джимми Г. поступил в наш Приют под Нью-Йорком в начале 1975 года; в сопроводительных бумагах мы обнаружили загадочную запись: «Беспомощность, слабоумие, спутанность сознания и дезориентация».

«*Привет, док!* – сказал он, входя в кабинет. – *Отличное утро! Куда садиться?*»

Добрая душа, он готов был отвечать на любые вопросы. Он сообщил мне свое имя и фамилию, дату рождения и название городка в штате Коннектикут, где появился на свет. В живописных подробностях он описал этот городок и даже нарисовал карту, указав все дома, где жила его

---

[1] *Тиганов, А.С.* Руководство по психиатрии. В 2 т. Т. 2.

[2] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.

[3] *Тонконогий, В.М.* Клиническая нейропсихология / В.М. Тонконогий, А. Пуантэ. СПб., 2007.

семья, и вспомнив номера телефонов. …О своей службе во флоте Джимми рассказывал с настоящим жаром. …Он помнил названия всех лодок, на которых служил, их походы, базы, имена других матросов... Он все еще свободно владел азбукой Морзе и мог печатать вслепую. Это была полная, насыщенная жизнь, запечатлевшаяся в его памяти ярко, во всех деталях, с глубоким и теплым чувством. Однако дальше определенного момента воспоминания Джимми не шли. … Внезапно меня охватило невероятное подозрение.

«*Какой сейчас год, мистер Г.?*» – спросил я, скрывая замешательство за небрежным тоном.

«*Ясное дело, сорок пятый. А что?*» – ответил он и продолжил: – «*Мы победили в войне, Рузвельт умер, Трумэн в президентах. Славные времена на подходе*».

«*А вам, Джимми, сколько, стало быть, вам лет?*»

Он поколебался секунду, словно подсчитывая.

«*Вроде девятнадцать. В будущем году будет двадцать*».

Занявшись непосредственно его памятью, я обнаружил поразительный и редкий случай систематической утраты воспоминаний о недавних событиях. В течение нескольких секунд он забывал все услышанное и увиденное» (*Сакс, О.* Человек, который принял жену за шляпу и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. СПб., 2006. С. 48–49).

Данный пример демонстрирует грубые формы ретроградной и антероградной амнезии, без активных конфабуляций, у интеллектуально сохранного больного. Составление истории болезни позволило О. Саксу определить, что причиной мнестических нарушений Джимми Г. был хронический алкоголизм; дефекты памяти, напоминающие синдром Корсакова, наблюдались у него уже в конце 1960-х гг., а в 1970 г. он окончательно запил, и его ретроградная амнезия начала прогрессировать.

Таким образом, нарушения психических процессов при алкоголизме включают в себя:

- делирий как проявление синдрома отмены;
- прогрессирующие нарушения памяти (вплоть до синдрома Корсакова);
- снижение умственной работоспособности;
- нарушения мышления (снижение уровня обобщения, нарушение критичности);
- деменцию.

Изменения личности при алкоголизме включают в себя нарушения мотивационно-потребностной сферы и формирование патологических черт характера. Так, В.М. Блейхер выделяет четыре типа личности у больных алкоголизмом: интро-

вертированно-нейротический, экстравертированно-нейротический (психопатоподобный), экстравертированно-анозогнозический, апатически-интровертированный[1].

Нарушения мотивационно-потребностной сферы, согласно Б.С. Братусю, включают в себя:

• сдвиг мотива на цель. Алкоголь начинает восприниматься не только как средство удовлетворения собственных потребностей, но и как средство удовлетворения потребностей всех людей;

• агрессивное отношение к людям, мешающим реализации данного мотива;

• подмену результатов реально осуществляемых действий субъективными переживаниями, приблизительно схожими с теми, которые испытывает здоровый человек, реально осуществивший намеченные действия;

• пьющий человек сосредоточивает главное внимание на субъективных эмоциональных переживаниях, обычно сопровождающих предметную деятельность и ее результаты. Достигает же он желательных эмоциональных переживаний с помощью алкоголя, т.е. посредством не реальной, а иллюзорно-компенсаторной деятельности[2].

Б.С. Братусь отмечает, что больной, как правило, не осознает своей мотивации употребления алкоголя и проецирует на его (в целом неопределенные) психофизиологические эффекты свои ожидания. В примере 2.33 описываются данные патопсихологического исследования больного с зависимостью от алкоголя.

Пример 2.33. Патопсихологическое исследование больного алкоголизмом[*]

Больному 54 года, образование среднее. Более 20 лет страдает хроническим алкоголизмом. Диагноз при поступлении: алкогольный психоз.

В процессе исследования контактен, охотно выполняет задания, однако не интересуется их результатами, не испытывает особой потребности исправлять свои ошибки.

---

[1] *Блейхер, В.М.* Патопсихологическая диагностика.
[2] *Братусь, Б.С.* Аномалии личности.
[*] Протокол предоставлен Т.В. Меркушовой.

Выполнение методик:

10 слов:

4, 6, 6, 7, 6. Отсроченное воспроизведение – 5 слов.

Таблицы Шульте:

45”, 65”, 49”, 49”, 61”.

Классификация предметов:

Этап I.

Подбирает группы:

строительные инструменты. «*Люди-строители*»;

все остальные инструменты. «*Люди, которые их используют*»;

тетради + чернильница + ребенок. «*Знания*»;

движущиеся предметы (лыжник + бабочка + транспорт + птицы + часы + моряк + корабль). Не называет;

мебель;

одежда;

посуда + грибы. «*Грибы готовят в посуде*»;

животные;

растения;

цветы.

Этап II.

объединяет:

посуду и движущиеся предметы. «*Посуда нужна на корабле*»;

все инструменты, людей и мебель;

всех животных;

все растения;

«*знания и одежда*».

Этап III.

Остаются две группы:

«*знания и одежда*»;

«*жизненная группа*».

Все остальное.

Пояснение пословиц. Без нарушений.

Исключение четвертого:

шалаш. «*На остальные можно навесить замок*»;

свеча: «*Это что-то, связанное со священным*»;

мотылек. «*Слон и утка пьют из ведра*»;

нога. «*Обувь*»;

книга. «*Что-то сумчатое*»;

кот. «*Цветы*»,

человек. «*Транспортные средства*»;

дирижабль. «*Потому что это редкое транспортное средство*»;

шуруп. «*Остальное необходимо для плотницких работ*»;

термометр. Не может пояснить;

письмо. «*Остальные звучат*»;

журавль «*Инструменты*»;

кровать. «*Мебель*»;

пистолет. «*Он нужен для суворовца*»;

мяч. «*Зимние игры*»;

катушка. «*Фурнитура для одежды*»;

перо. «*Режущие*»;

трубка. «*Предметы для шитья*».

Пиктограмма:

вкусный ужин – тарелка. Не воспроизводит;

тяжелая работа – молоток. Не воспроизводит;

веселый праздник – цветок. Воспроизводит;

болезнь – сердце. Воспроизводит.

развитие – трактор. «*Развитие тяжелой промышленности*». Воспроизводит;

дружба – рукопожатия. Воспроизводит;

власть – флаг. Воспроизводит;

страх – заштрихованный прямоугольник. Воспроизводит;

радость – салют. Воспроизводит;

сомнение (отказывается рисовать). «*Сложно*»;

печаль (вначале ничего не рисует, отмечает, что рисунок должен быть таким же, как и на слово «страх»). Изображает заплаканное лицо. Воспроизводит;

смелый поступок (нарисовать сложно, но мог бы изобразить утопающего, которого спасают). Ничего не рисует;

девочке холодно (нарисовал бы девочку в плаще). Ничего не рисует.

Представленный протокол свидетельствует о наличии у испытуемого умеренно выраженного интеллектуально-мнестического снижения, с затруднениями в абстрактном мышлении, ослаблением кратковременной механической и долговременной опосредованной памяти, истощаемостью психических процесссов по гиперстеническому типу.

Резюме

Психоактивные вещества вызывают изменения сознания, эмоций и поведения человека. В зависимости от их эффекта выделяют стимуляторы, депрессанты, галлюциногены и препараты смешанного действия (каннабиоиды). Злоупотребление психоактивным веществом вызывает синдром зависимости, важнейшими признаками которого являются непреодолимая потребность в приеме вещества, толерантность и синдром отмены.

Литература

Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. М., 1988.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Минко, А.И. Психологические методы диагностики алкоголизма // Украинский медицинский альманах. 2000. Т. 3, № 2 (приложение).

2.8. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.8.1. Общая характеристика

Для умственной отсталости сложно разработать детализированные критерии диагностики. Тем не менее, в МКБ-10 называются два основных признака умственной отсталости – низкий уровень развития (недоразвитие) познавательных способностей и затрудненное социальное функционирование. Следующая категория МКБ-10 (F8) описывает различные парциальные и тотальные нарушения психологического развития, не связанные с умственной отсталостью, например нарушения развития речи, счета, общее нарушение школьных навыков и пр., а также ранний детский аутизм, о котором речь пойдет ниже. Необходимо отметить, что в отечественной специальной психологии предлагаются иные подходы к дифференциации нарушений психического развития. Например, В.В. Лебединский предлагает классифицировать виды дизонтогенеза в зависимости от механизма формирования аномалии развития[1] (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Классификация видов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)

Вид аномалии	Механизм формирования
Недоразвитие	Отставание в развитии
Задержанное развитие	
Поврежденное развитие	Поломка развития
Дефицитарное развитие	
Искаженное развитие	Асинхрония развития
Дисгармоничное развитие	

2.8.2. Умственная отсталость и задержка психического развития

В качестве типичной модели нарушений общепсихического развития В.В. Лебединский называет олигофрению. ***Клиническая структура*** дефекта при олигофрении обусловлена необратимым недоразвитием мозга в целом, преимущественно коры больших полушарий, т.е. наиболее молодых церебраль-

[1] *Лебединский, В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. М., 2003.

ных структур. Олигофрения характеризуется тотальностью психического, а в некоторых случаях – и соматического недоразвития. В наибольшей степени проявляется недоразвитие мышления, в особенности те уровни психической деятельности, которые связаны с процессом обобщения и отвлечения. Отмечаются трудности в речевом мышлении, опосредованном запоминании. Задержано развитие высших эмоций. Одновременно с умственным недоразвитием могут наблюдаться и другие психопатологические синдромы – церебрастенический, эпилептиформный и др.[1].

Степени умственной отсталости выделяются в зависимости от коэффициента интеллектуального развития, определенного при помощи специализированных тестов, например методики Векслера. Как известно, нормальному интеллектуальному развитию соответствует коэффициент интеллекта > 70 баллов. Границы IQ при легкой умственной отсталости – 50–69 баллов, при умеренной – 35–49 баллов, при тяжелой и глубокой – 34 и ниже баллов (см. МКБ-10).

Легкая умственная отсталость является наиболее распространенной формой. Больные могут овладеть простейшими интеллектуальными навыками, в том числе письма и счета, способны к наглядно-образному мышлению, ориентируются в простых практических вопросах, имеют небольшой запас знаний об окружающем мире. Речь фразовая, словарный запас бедный. Механическая память, в отличие от опосредованной, может быть развита на уровне нормы. Вместе с тем, у них отмечается недоразвитие личности и мотивационно-потребностной сферы, пассивность, несамостоятельность и внушаемость.

Люди с *умеренной умственной отсталостью* обладают ограниченной способностью к обучению, навыками формирования элементарных конкретно-ситуативных суждений относительно ситуации. Им доступны понимание и произнесение отдельных фраз. Обладают навыками самообслуживания. Возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета, овладение элементарными приемами физического труда.

Больные с тяжелой и глубокой умственной отсталостью отличаются грубым недоразвитием всех психических функ-

---

[1] См.: *Сухарева, Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы / Г.Е. Сухарева. М., 1974; *Лебединский, В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В.Лебединский. М., 2003.

ций. Способность к мышлению у них отсутствует. Речь представляет собой набор нечленораздельных звуков, либо, в редких случаях – набор из нескольких слов. Отсутствуют навыки самообслуживания. Поведение ограничивается импульсивными реакциями. Эмоции носят примитивный характер и связаны в основном с удовлетворением физиологических потребностей.

Психологическая характеристика умственной отсталости и ***задержки психического развития*** строится на основе анализа закономерностей развития и социализации ребенка в условиях биологического неблагополучия. Так, Е.С. Слепович и А.М. Поляков рассматривают данные синдромы, опираясь на особенности социальной ситуации развития. Они выделяют нарушения интериоризации: социальных отношений, идеальных форм культуры, практических и умственных действий, культурных средств деятельности. При умственной отсталости отмечаются следующие особенности интериоризации социальных отношений: ограниченная способность учитывать позицию другого человека, самоуверенность, наивный эгоцентризм, больные не рассматривают себя как субъект деятельности и объект для окружающих людей. У них также нарушена интериоризация образцов деятельности: затруднено развитие образов-представлений, недоразвиты процессы целеобразования, больные неспособны перейти от непосредственного восприятия ситуации во внутренний план сознания. Нарушается формирование навыков[1].

В отличие от умственной отсталости *при задержанном психическом развитии* речь идет не столько о недостаточности мышления, сколько о дефицитарности его предпосылок: памяти, внимания, пространственного гнозиса, переключаемости психических процессов. Такое недоразвитие принципиально поддается коррекции, а его причины могут быть связаны не только с патологией головного мозга (в случае так называемой психогенной задержки психического развития). Если при олигофрении наблюдается тотальный дефект, то при задержке психического развития – мозаичный. Отмечается незрелость и лабильность аффективных процессов. К.С. Лебединская выделяет четыре варианта задержки психического развития: кон-

---

[1] *Слепович Е.С.* Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. СПб., 2008.

ституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения[1]. В целом можно заметить, что *различение задержки и отсталости на клиническом уровне происходит по критериям: тотальности мозаичности нарушений, большего меньшего нарушения в работе мозга, невозможности возможности нормализации хода развития.*

Перечислим основные факторы, которые могут приводить к умственной отсталости и задержке развития:

- генетические аномалии. Среди них наиболее известны синдром Дауна, синдром хрупкости Х-хромосомы;
- инфекции и токсические поражения мозга. Здесь играют роль как поражения пренатального, так и постнатального периода. Можно назвать несколько видов таких инфекций: сифилис, корь, краснуха, ВИЧ. Из токсических веществ – угарный газ, свинец, противостолбнячная сыворотка, лекарственные препараты;
- недоношенность и травмы мозга в момент родов и в раннем детстве;
- влияние радиации;
- недостаточное питание;
- социальная депривация[2].

2.8.3. Ранний детский аутизм

Ранний детский аутизм – это тяжелый синдром нарушения развития, затрагивающий все сферы жизни ребенка: мышление, речь, движения, общение.

Интенсивное исследование аутизма началось в 1940-е гг. после публикации в 1943 г. работы Л. Каннера, который и ввел в науку данный термин. Каннер утверждал, что это расстройство начинается в раннем возрасте – около 2,5 лет и является врожденным. Современная точка зрения на ранний детский аутизм (далее в тексте – РДА) заключается в том, что расстройство появляется в возрасте до 3 лет[3]. Распространенность РДА составляет 20 случаев на 10 000 человек. При этом

---

[1] *Лебединская, К.С.* Задержка психического развития / К.С. Лебединская // Детская патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

[2] См.: *Лебединская, К.С.* Задержка психического развития; *Сухарева, Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[3] См.: Международная классификация болезней (МКБ-10); *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

в современной литературе утверждается, что лишь у 5 из 20 больных детей симптомы полностью соответствуют расстройству, описанному Каннером[1].

В настоящее время термин «аутизм» применяется для обозначения целой группы расстройств. У одних аутичных детей психическая патология обнаруживается с самого рождения, у других – через несколько лет после рождения. Тем не менее, выделяют **четыре обязательных симптома детского аутизма**[2]:

1. Нарушение социальных отношений;
1. Когнитивный дефицит;
2. Речевой дефицит;
3. Нарушения движений и поведения.

Дефицит социальных отношений может принимать как форму полной аутичности, так и патологическую привязанность к неодушевленному объекту. У людей, страдающих аутизмом, отсутствует ответная реакция на эмоции других людей или на другие социальные признаки ситуации, они не испытывают потребности вступать в контакт с окружающими и не реагируют на их попытки такой контакт завязать. Нарушение межличностного взаимодействия проявляется и в отсутствии ролевой игры, благодаря которой в ходе онтогенеза решается важнейшая задача усвоения социальных норм и правил поведения. У аутичных детей отсутствует как потребность в такой игре, так и соответствующие навыки. Проблемы межличностного взаимодействия, характерные для аутичного ребенка, хорошо иллюстрирует отрывок из книги известного английского писателя М. Хэддона:

«Я не разговариваю с незнакомцами, потому что мне не нравятся люди, которых я раньше никогда не встречал. … Обыкновенно мне нужно очень много времени, чтобы привыкнуть к человеку, которого я раньше не знал. Например, когда в нашей школе появляется новый ученик, я не разговариваю с ним несколько недель. Я просто смотрю на него, пока не убеждаюсь, что он безопасен. Тогда я задаю вопросы – вроде того, есть ли у него домашние животные, какой его любимый цвет и что он знает о космической миссии «Аполлона». Я прошу нарисовать план дома, где он живет, спрашиваю, есть ли у них машина, и если да, то какая. Так я постепенно узнаю его. Тогда я больше не возражаю, чтобы мы находились в одной комнате, и мне уже не обязательно постоянно за ним

[1] *Bootzin, R.* Abnormal psychology.

[2] Международная классификация болезней (МКБ-10).

наблюдать» (*Хэддон, М.* Загадочное ночное убийство собаки / М. Хэддон. М., 2005. С. 54).

У детей с РДА формируется *умственная отсталость* в 3/4 случаев, что является одним из характерных признаков синдрома Каннера. В некоторых случаях (синдром Аспергера) у детей *могут быть очень хорошо развиты отдельные интеллектуальные способности, однако эта одаренность носит односторонний и асоциальный характер*, о чем свидетельствует пример 2.34.

Пример 2.34. Интеллектуальные способности у ребенка с ранним детским аутизмом

Сергей Л., 5 лет (ранний детский аутизм, синдром Аспергера). ...Сам научился читать после трех лет, хотя самостоятельно не читает, просит, чтобы читали ему. Знает буквы русского и латинского алфавитов. Писать также научился самостоятельно, но пишет в зеркальном отражении. Рисунки однообразны: рисует уток и тут же их зачеркивает, считает их злыми. Рано проявился интерес к поездам (любил смотреть на проходящие поезда), интерес к трубкам и железкам, к цифрам, обращал внимание на номера домов и машин, различал римские и арабские цифры. Любит играть в конструктор. В 4,5 года появился интерес к электроприборам, Самостоятельно собирает электрические схемы. Этот интерес в настоящее время является самым главным и стойким. По свидетельству матери, общается только на интересующие его темы: любит говорить о проводниках и полупроводниках, обнаруживает в этой области физики опережающие возраст знания, на эту тему может беседовать даже с незнакомыми людьми. В отделении и дома пассивен, безынициативен, держится отгороженно, не стремится к контактам с детьми, не участвует в играх, на занятиях отвечает лишь на отдельные вопросы. Речь тихая, неразборчивая, без интонаций, не смотрит на собеседника. Однако при переключении беседы на физические темы оживляется, речь становится внятной, поглядывает на говорящего. Обнаруживает хорошее понимание речи и большой словарный запас, употребляет обобщающие слова. ... Обнаруживает достаточно высокий для его возраста уровень обобщения: правильно, хотя и с постоянной стимуляцией со стороны экспериментатора, производит предметную классификацию, определяя следующие классы: животные, овощи, фрукты, мебель, одежда, транспорт (*Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991).

Отсутствие социальной направленности в мышлении, грубые нарушения социальных контактов препятствуют, по мнению авторов, полноценному и гармоничному интеллектуальному развитию.

Это хорошо заметно на примере анализа особенностей речи у больных ранним детским аутизмом. Для них характерны *эгоцентрическая речь* и *эхолалии.* При этом у детей может иметься большой набор слов, но они не используются активно. Часто речь вообще не служит целям общения: слова продуцируются только в эмоциогенной ситуации.

При анализе поведения детей с ранним детским аутизмом прежде всего обращают на себя внимание *тяготение к стереотипным действиям* и *ритуалам, плохая переносимость перемен.* Игры также стереотипные – например, бесконечное вращение телефонного диска, бег по кругу.

Дети отличаются *своеобразием интересов*, особой привязанностью к необычным предметам, озабоченностью датами, маршрутами или расписаниями; страхи, вызываемые самыми обычными явлениями, могут сохраняться у них годами. Им недостает спонтанности и инициативы в поведении.

Отмечаются *быстрая пресыщаемость внимания, болезненная гиперстезия к обычным раздражителям.*

У подавляющего большинства аутичных детей имеются *нарушения моторики*, различные по характеру и степени выраженности: тики, тремор, кататония, застывание в одной позе, вычурные жесты. Типичным является ограниченный репертуар движений, которые дети повторяют бесконечно без всякой видимой цели.

Основываясь на клинических проявлениях, выделяют две разновидности раннего детского аутизма – синдром Каннера и синдром Аспергера. *При синдроме Каннера* наблюдается классическая картина детского аутизма, описанная выше. Нозологическая самостоятельность синдрома Аспергера не определена (как и его разграничение с проявлениями детской шизофрении)[1]. Согласно МКБ-10, он является самостоятельным общим нарушением развития, которое начинается позже, чем классический детский аутизм[2].

При *синдроме Аспергера* не наблюдается умственная отсталость, отсутствует или мало выражено отставание в развитии речи. По крайней мере в возрасте до трех лет у детей отмечается развитие навыков самообслуживания, имеется адаптивное поведение, способность к поддержанию контакта с

---

[1] См.: *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков.

[2] См.: *Карсон, Р.* Анормальная психология.

окружающими. При этом они моторно неуклюжи. Синдром Аспергера встречается у мальчиков еще чаще, чем синдром Каннера. Соотношение между мальчиками и девочками с синдромом Аспергера составляет 8 : 1. Этот синдром имеет тенденцию к сохранению в детском и юношеском возрасте, когда у больных могут развиваться психотические эпизоды. Дети с синдромом Аспергера отличаются необычной интенсивностью и оригинальностью интересов, односторонней интеллектуальной одаренностью, в то время как дети с синдромом Каннера значительно отстают в умственном развитии[1].

Психологическая классификация видов детского аутизма, предложенная В.В. Лебединским с соавторами, основана на выделении в качестве главного нарушения *дефицитарности аффективного тонуса, препятствующей формированию активных и дифференцированных контактов со средой.* У аутичных детей снижен порог возникновения аффективного дискомфорта, в эмоциональном фоне господствуют отрицательные переживания тревоги и страха. Отсюда ограниченность и стереотипность контактов с окружающим миром[2]:

> «Нарушение аффективного взаимодействия аутичного ребенка с окружающим ведет к развитию гиперкоменсаторных механизмов, позволяющих ребенку заглушить, уменьшить ощущение аффективного дискомфорта. На доступном ему уровне он разрабатывает изощренные способы аутостимуляции стенических аффективных состояний» (*Лебединский, В.В.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский [и др.]. М., 1990. С. 66).

Авторы предлагают уровневый подход к квалификации РДА, при котором тяжесть и характер дезадаптации ребенка могут быть четко соотнесены со степенью недоразвития уровневой структуры эмоциональной регуляции, включающей в себя уровни полевой реактивности, стереотипов, экспансии и эмоционального контроля. Они выделяют следующие группы больных с ранним детским аутизмом.

1. Дети с господством дефицитарных механизмов первого уровня аффективной организации. Для них характерен своеобразный тип полевого поведения – движение в поле вне

---

[1] *Remschmidt, H.* Definition and classification / H. Remschmidt // Schizophrenia in Children and Adolescents. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

[2] *Лебединский, В.В.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский [и др.]. М., 1990.

активного контакта с окружением: «пассивно дрейфуя в поле, выбирают самую комфортную и безопасную позицию в нем»[1].

2. Дети с наличием примитивного избирательного контакта со средой, ограниченным набором двигательных и речевых штампов. Они не могут адаптироваться к неожиданным изменениям обстановки, реагируют на это агрессией.

3. Дети, осуществляющие взаимодействие с миром в русле аффективных влечений. Система эмоциональной регуляции направлена на преодоление страха перед окружением. Полностью захвачены странными увлечениями, бесконечно повторяют одно и то же аффективное действие.

4. Наименее тяжелый вариант дизонтогенеза. Аффективный контакт с окружающим миром осуществляется только опосредованно, через близкого человека, от которого формируется патологическая зависимость. Больные педантичны в своих привычках, склонны к стереотипному поведению по типу ритуалов.

Получены достаточно убедительные доказательства того, что ранний детский аутизм является органическим заболеванием головного мозга, в пользу чего говорят некоторые признаки этого синдрома:

• разная распространенность заболевания среди мальчиков и девочек;

• высокая конкордантность для монозиготных близнецов;

• дофаминовые антагонисты (галоперидол) высокоэффективны в лечении аутизма;

• по некоторым сведениям, отмечаются эпилептические припадки и диффузные изменения на электроэнцефалограмме у 1/3 детей;

• стереотипное поведение детей с РДА имеет существенное сходство с поведением детей с органическим синдромом Туретта и свидетельствует о патологии подкорковых структур мозга (например, полосатого тела);

• аномальный профиль функциональной асимметрии. Имеется либо обратная асимметрия, либо патологическая симметрия;

• при исследовании мозга выявляются нарушения взаимодействия между полосатым телом и корой, а также нарушения функционирования таких подкорковых структур, как гиппокамп, миндалина, лимбическая система, височно-лобная кора

[1] *Лебединский, В.В.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. С. 69.

больших полушарий. Это приводит к нарушениям мотивационной, эмоциональной сферы, к нарушениям речи[1].

Выше мы уже отмечали, что некоторые авторы рассматривают ранний детский аутизм как условие, предрасполагающее к развитию шизофрении[2]. Другие выделяют отдельную группу детских психозов, куда относят ранний детский аутизм, детскую шизофрению и дезинтегративные психозы[3]. Возможная дифференциация между ранним детским аутизмом и шизофренией может быть проведена на основе:

- возраста, в котором появляются симптомы. Шизофрения диагностируется после 6 лет;
- преморбидных особенностей. Аутичный ребенок имеет патологические особенности личности и поведения с момента рождения, в то время как у ребенка с шизофренией до начала заболевания наблюдается нормальное развитие, сменяющееся регрессией;
- степени аутизации. В принципе, аутизм может быть характерен и для ребенка, страдающего шизофренией. Однако дети с синдромом РДА резко отделены от окружения, могут практически на него не реагировать, не идти на физический контакт. Дети с шизофренией реагируют на окружение (хотя и неадекватно), вступают в физический контакт;
- степени, в которой ребенок озабочен неизменностью окружающей обстановки. Дети с РДА обычно крайне негативно реагируют на изменения в окружении и своей повседневной активности. Лишь у незначительного количества детей с шизофренией есть такая потребность;
- восприятия окружения. Дети с шизофренией воспринимают окружение искаженно, в то время как аутичные дети сверхселективны в своем восприятии. Они словно обладают некой разновидностью «тоннельного зрения», фиксируют внимание лишь на некоторых аспектах окружения;
- наличию галлюцинаций и бреда (что характерно именно для детей, страдающих шизофренией). Эти симптомы практически не встречаются у аутичных детей;
- состоянию речи. Аутичные дети не используют речь для общения, в то время как дети с шизофренией пользуются речью;

---

[1] *Bootzin, R.* Abnormal psychology: Current perspectives.

[2] *Критская, В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивации, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков.

[3] *Remschmidt, H.* Definition and classification.

• развитию интеллекта. Аутичные дети имеют значительно более выраженную интеллектуальную недостаточность;

• наличию шизофрении у родственников. Это нетипично для аутичных детей, в то время как у детей с шизофренией такие родственники есть.

• пропорции детей различного пола. Для популяции больных с ранним детским аутизмом соотношение между мальчиками и девочками составляет 4 : 1, в то время как в популяции больных шизофренией нет гендерной диспропорции.

Вместе с тем следует отметить, что сама по себе постановка диагноза при психозах детского возраста настолько сложна, что попытки построения жестких классификаций в этих случаях изначально обречены на неудачу.

2.8.4. Психологическая помощь при нарушениях развития

В психологической помощи всегда нуждается не только ребенок с нарушениями развития, но и его семья. Успех этой помощи будет определяться тем, насколько в ней задействованы родители, каковы ресурсы семьи, получает ли семья социальную поддержку. Таким образом, речь здесь идет не только о психологической коррекции, но и о психологической реабилитации, психологическом консультировании и психологическом просвещении. Схематически структура психологической помощи при нарушениях развития представлена на рис. 2.2. Специфическая помощь семье, учет индивидуальных особенностей ребенка и профессиональная помощь являются тремя ее главными компонентами.

Разработка и применение программ помощи в данном случае относятся к сфере специальной психологии, более подробно о них можно прочитать в источниках из списка рекомендованной литературы. Мы же кратко остановимся лишь на основных задачах такой помощи, вытекающих из психологической характеристики соответствующих психопатологических синдромов, описанных нами выше.

Обзор зарубежной литературы по проблемам частичного или парциального отставания в развитии позволяет выделить несколько основных разновидностей такой помощи:

• раннее вмешательство – наискорейшее вовлечение попечителей и других взрослых в интенсивную, сосредоточенную на ребенке деятельность;

• поведенческая терапия (выработка навыков адаптивного поведения);

• когнитивно-поведенческая терапия (включающая тренинг самоинструктирования и метакогнитивный тренинг)[1].

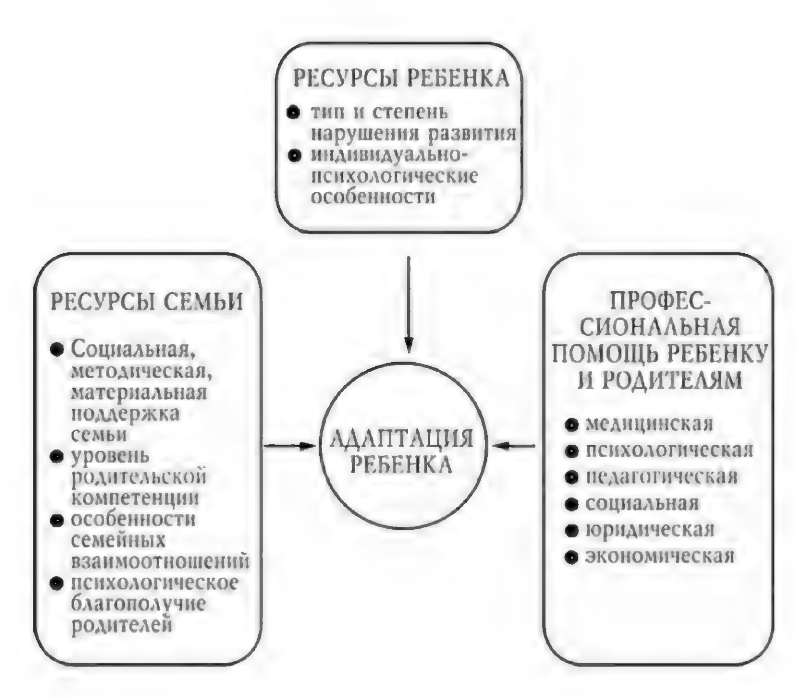

Рис. 2.2. Структура психологической помощи при нарушениях развития

Е.С. Слепович и А.М. Поляков называют четыре основных направления психологической коррекции при умственной отсталости и задержке психического развития[2].

1. Формирование адекватной системы отношений ребенка с окружающим миром на основе коррекции мотивационно-

[1] См.: *Мэш, Э.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб., 2003; *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики; *Карсон, Р.* Анормальная психология.

[2] См.: *Слепович, Е.С.* Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков, СПб., 2008.

смысловой стороны деятельности и взаимоотношений, а также представлений о себе и самооценки;

2. Формирование способности к самостоятельному построению замысла деятельности на основе развития продуктивного воображения, процессов смыслообразования;

3. Формирование практических и умственных действий.

4. Формирование произвольности поведения и психических функций.

В отношении *раннего детского аутизма* при планировании психологической помощи необходимо учитывать тип и тяжесть расстройства[1]. Так, Э. Мэш и Д. Вольф предлагают различать виды психологической помощи в зависимости от уровня интеллектуального функционирования. Для аутичных детей с низким уровнем функционирования основными целями будут являться устранение самоповреждающих форм поведения и привитие ребенку относительно простых навыков, которые позволили бы ему жить относительно самостоятельно при условии наблюдения со стороны близких и социальных работников. В случае высокого уровня интеллектуального функционирования предлагается ориентироваться на такие цели, как обучение беглой речи, адекватным формам социального взаимодействия и необходимым социальным и профессиональным навыкам.

Общая программа психологической помощи, которую приводят Э. Мэш и Д. Вольф, представлена ниже.

Основные этапы психологической помощи при раннем детском аутизме

Начальные стадии лечения
Установление раппорта
Формирование подготовительных навыков обучения
Частичное или полное устранение деструктивных форм поведения
Обучение адекватным формам социального поведения
Обучение навыкам подражания и наблюдения
Выражение эмоций
Социальные игры и социальные групповые навыки
Программы вмешательства с участием сверстников
Процедуры, инициируемые сверстником
Процедуры, инициируемые ребенком
Процедуры, инициируемые братьями или сестрами ребенка

---

[1] См.: *Мэш, Э.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка; *Лебединский, В.В.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.

Обучение адекватным коммуникативным навыкам
Речевое оперантное обусловливание
Вербальная имитация
Рецептивное обозначение
Экспрессивное обозначение
Тренинг, использующий естественно возникающие случайные возможности
Обучение языку жестов
Участие семьи
Обучение родителей
Консультирование родителей
Программы раннего вмешательства
Дошкольные программы
Домашние программы
Образовательные программы
Психофармакологическое/соматическое вмешательство

Источник: *Мэш, Э.* Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. С. 357.

В.В. Лебединский с соавторами выделяют следующие принципы психологического вмешательства при раннем детском аутизме:

- ориентация на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы;
- совершенствование высших личностных образований.

Конкретные методы психокоррекции детского аутизма рассматриваются в рекомендованной литературе.

Резюме

Клиническая классификация нарушений развития включает такие основные разновидности данных расстройств, как умственная отсталость, парциальные задержки развития и ранний детский аутизм. Исходя из типа дизонтогенеза, выделяют психическое недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоническое развитие. Умственная отсталость вызвана необратимым внутриутробным или ранним поражением головного мозга и характеризуется тотальностью психического дефекта. Задержка психического развития связана с парциальной и поддающейся коррекции дефицитарностью мозговых функций, она приводит к мозаичному психическому дефекту. Ранний детский аутизм тяжелое

нарушение развития по искаженному типу, характеризующееся специфическим дефицитом социальных отношений, мышления и речи, а также поведенческими и моторными проблемами. Психологическая помощь при нарушениях развития должна быть комплексной, основанной на задействовании профессиональных методов интервенции, усилении ресурсов семьи и учете компенсаторных возможностей ребенка.

Литература

Беломестнова, Н.В. Клиническая диагностика интеллекта: Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической практике / Н.В. Беломестнова. СПб., 2003.

Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991.

Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский [и др.]. М., 1990.

Слепович, Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. СПб., 2008.

3. КРИЗИСНЫЕ СОБЫТИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

3.1. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Под ***кризисным состоянием*** понимается острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека в результате события, которое он не может преодолеть способом, известным из прошлого опыта[1]. В некоторых случаях находящийся в кризисном состоянии индивид нуждается в профессиональной помощи. Иногда кризисное событие можно предвидеть (выход на пенсию), в других случаях оно возникает внезапно (потеря близкого человека), а иногда является кульминацией какой-либо долго развивающейся ситуации[2].

Е. Крукович и Г. Ромек подчеркивают отличие психологического понимания кризиса от клинического. Авторы считают, что причиной кризисного состояния могут быть естественные жизненные события, а не только травматические[3].

Выделяют несколько видов *кризисных событий*:

- *травматические кризисы*: кризис целостности (угроза жизненным целям и системе ценностей, перекрытие источников жизненного смысла), кризис «пересадки корней» (например, эмиграция), кризис лишения/потери и др. Основной характеристикой травматического кризиса являются его безусловно негативные последствия для жизни, здоровья и психического благополучия индивида;
- *кризисы становления* связаны с неизбежными изменениями в жизни человека, такими как поступление в учебное заведение, поступление на первую работу, смена работы. Это важные испытания на пути достижения социальной зрелости;

---

[1] *Крукович, Е.И.* Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных состояниях. СПб., 2004.

[2] *Перре, М.* Стресс и копинг как факторы влияния / М. Перре // Клиническая психология. СПб., 2002.

[3] *Крукович, Е.И.* Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи.

- *кризисы развития и кризисы жизни* (материнство, болезнь, кризис середины жизни, менопауза, кризис предпенсионного возраста, кризис умирания). Они связаны с постепенными изменениями в жизни человека.

В примере 3.1 описывается кризис, связанный с выходом на пенсию и наступлением старости.

Пример 3.1. **Кризис старения**

Женщине исполнилось 54 года. Многие месяцы она ждет с ужасом своего 55-летия. День рождения представляется ей как некий рубеж, после которого сразу же наступит старость, и в жизни не останется ничего интересного. Будет лишь забота о престарелой матери. Пациентка имеет смутные представления о жизни на пенсии, но ей кажется, что все будет очень плохо.

Кризисное состояние само по себе не является болезнью, а представляет собой нормальную реакцию на анормальное событие. В результате переживания кризиса человек может стать более адаптированным и зрелым, приобрести уникальный жизненный опыт. И наоборот, люди, которые никогда не преодолевали кризисы, рассматриваются окружающими как слабые, наивные, те, которые «еще не видели настоящей жизни». У кризиса могут быть различные признаки, которые напоминают симптомы не одного, а сразу нескольких психических расстройств. Для человека, находящегося в кризисе, характерно переживание сильных негативных эмоций – тревоги, печали, гнева, чувства беспомощности. Эти негативные эмоции связаны с тем, что на начальных этапах развития кризиса индивид не видит никакого выхода из сложившейся ситуации, считает, что будущее для него закрыто, что он один и ему не на кого опереться (пример 3.2).

Пример 3.2. **Кризис потери работы**

Инженер в 42 года потерял работу в связи с закрытием предприятия. На этом месте он трудился с момента окончания института. Попытки найти работу, аналогичную той, что он выполнял, оказались неудачными. Несмотря на то что профессиональный опыт и знания клиента могли бы быть востребованными в других сферах производства, он прекратил всякие попытки найти должность. Постепенно нарастало чувство депрессии, социальной изоляции. Из-за того что клиент сидит дома, у него участились конфликты с женой и детьми-подростками. Последние месяцы у него отмечаются стабильные мысли о самоубийстве, причем клиенту представляется, что, покончив с собой, он улучшит жизнь членов своей семьи, которым он «надоел» и «стал безразличен».

Человек, находящийся в состоянии кризиса, уязвим любого рода дополнительным проблемам. Нерешенные кризисы могут накапливаться. Негативный исход кризисного состояния ведет к суицидальному поведению, к психическим и соматическим расстройствам, а также к проявлениям рискованного поведения (употребление алкоголя, наркотиков, невнимательное отношение к своему здоровью).

Резюме

Кризисные состояния вызываются жизненными изменениями и стрессовыми событиями, для преодоления которых у индивида не имеется наличных ресурсов, поэтому они всегда связаны с необходимостью выработки каких-то новых способов поведения и отношения к жизни. В зависимости от успешности преодоления кризисных ситуаций, они могут как способствовать развитию личности, так и вызвать серьезные психические расстройства или привести к суицидальным попыткам.

Литература

Крукович, Е.И. Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Крукович, Е.И. Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Фоа, Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Фоа [и др.]. М., 2005.

3.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение является одной из наиболее опасных форм кризисного реагирования. Каждый год в мире 160 000 человек заканчивают жизнь самоубийством, 2 000 000 человек предпринимают незавершенные суицидальные попытки[1]. В Республике Беларусь общее число случаев суицидов со-

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002.

ставило в 2004 г. около 33,3 чел. на 100 000. Этот показатель гораздо выше у молодых мужчин: в возрасте 20–25 лет – 54,9 случая, в возрасте 25–29 лет – 59,4 случая[1]. Само по себе суицидальное поведение не является признаком болезни. Тем не менее, оно может быть спровоцировано серьезными психическими заболеваниями, среди которых в первую очередь необходимо отметить депрессию, шизофрению, зависимость от психоактивных веществ, пограничное расстройство личности.

Люди предпринимают попытки самоубийства по разным причинам и ведут себя в этих ситуациях по-разному. Э. Шнейдман в своих работах описывает четыре типа суицидентов:

- *искатели смерти*; явно стремятся умереть в момент совершения суицидальной попытки, но если попытка срывается, через небольшой промежуток времени желание умереть проходит;
- *инициаторы смерти*; стремятся умереть, потому что считают – их гибель неизбежна. К ним могут относиться, например, неизлечимо больные люди;
- *отрицатели смерти*; полагают, что будут счастливы в другом мире, где, например, могут воссоединиться со своими близкими;
- *игроки со смертью*; отличаются амбивалентным отношением к собственной смерти даже в момент совершения суицидальной попытки[2].

А.Н. Моховиков выделяет тринадцать личностных стилей суицидентов: импульсивный, компульсивный, рискующий, регрессивный, зависимый, амбивалентный, отрицающий, гневный, обвиняющий, убегающий, бесчувственный, заброшенный, «творческий». В зависимости от этих особенностей личности склонность к суицидальному поведению может развиться в различных ситуациях. Так, индивиды с компульсивным личностным стилем остро реагируют на любые нежелательные изменения ситуации, а индивиды с заброшенным стилем часто переживают состояние тоски и внутренней опустошенности[3].

---

[1] Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Статистический сборник; под ред. В.И. Зиновского. Минск, 2005.

[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

[3] *Моховиков, А.Н.* Телефонное консультирование / А.Н. Моховиков. М., 1994.

Суицидальное поведение изучается посредством интервьюирования людей, совершивших парасуицид (незавершенную суицидальную попытку), а также при помощи ретроспективного анализа (воссоздание ситуации, предшествующей самоубийству, анализ предсмертных записок, опрос свидетелей). Вместе с тем, причины многих совершенных суицидов так и остаются непонятными, заставляя родных и близких страдать. Большинство авторов согласны с тем, что преднамеренный суицид чаще всего является следствием психологического кризиса, вопрос в том, почему в качестве выхода избирается именно лишение себя жизни.

Помимо собственно кризисных состояний действуют факторы, которые оказывают сдерживающее или способствующее влияние на осуществление суицида. К ним относятся:

• *нормы культуры*. В некоторых культурах число суицидов велико, в других – небольшое;

• *набожность*. Глубоко верующие люди реже совершают суицидальные попытки;

• *пол*. Женщины в три раза чаще совершают суицидальные попытки, однако в то же время их попытки в три раза реже оказываются завершенными. Обычно это объясняют гендерными особенностями суицидального поведения (женщины чаще избирают отравление, в то время как мужчины стреляют в себя, вскрывают вены, вешаются);

• *семейное положение* (наиболее высок риск суицида для разведенных людей, вдов и вдовцов, одиноких; наиболее низок – для состоящих в браке людей);

• *недавно пережитый стресс, психологическая травма*;

• *тяжелая болезнь*;

• *возраст*. Чем старше человек, тем выше риск суицида, хотя в последнее время во многих странах количество суицидальных попыток, которые совершают дети и подростки, увеличивается. Наиболее опасным в плане суицида возрастом является период 45–65 лет, а количество суицидальных попыток наибольшее в подростковом возрасте и в возрасте 20–30 лет[1]. В 2003 г. в Беларуси показатели суицидов среди людей моложе 20 лет составили 15,9 на 100 000 чел. для мальчи-

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

ков и 2,9 на 100 000 для девочек[1]. Наиболее распространенным формами суицидальных попыток у подростков являются самопорезы и самоотравления, последние чаще приводят к смерти;

• *суицидальные попытки у членов семьи*;

• *психические расстройства*;

• *подражание харизматическим личностям* (*актерам, певцам, просто героям газетных публикаций*). Установлено, что после публикации в газетах подробной статьи о самоубийстве (особенно известного, популярного человека), число суицидов увеличивается;

• *предшествующие суицидальные попытки*. Показано, что около 60% парасуицидентов совершают повторные суицидальные попытки.

Выделяют несколько основных теоретических подходов к объяснению суицидального поведения.

Наиболее видным представителем ***социологического подхода*** является Э. Дюркгейм (его известная работа по суициду была опубликована в 1897 г.). Дюркгейм считал недостаточную включенность человека в общество одной из наиболее вероятных причин самоубийства. Под недостаточной включенностью он понимал: отсутствие семьи или серьезные семейные проблемы, слабые связи внутри общины, нарушение связи с обществом в результате тяжелой болезни, бедности и тому подобные причины. Он выделил эгоистические, альтруистические, аномические и фаталистические суициды[2].

Если обратиться к статистически определенным факторам риска, которые мы перечислили выше, то можно увидеть, что некоторые выводы Дюркгейма совершенно справедливы. Однако социологическая теория суицида рассматривает эту проблему лишь с внешней (по отношению к суициденту) стороны. Несмотря на то что бедность и одиночество повышают вероятность самоубийства, далеко не все бедные и одинокие люди пытаются покончить с собой.

Психопатологический подход пытается объяснить самоубийство острым приступом психического заболевания.

---

[1] Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Статистический сборник. Минск. Министерство статистики и анализа. 2005.

[2] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.

Первым ***психологическим подходом*** к суициду стал ***подход психоанализа.*** Представители психоанализа расценивают суицид как обращенное на себя убийство и связывают его с идеями греховности, самонаказания, чувством вины. Психоаналитики Х. Томэ и Х. Кэхеле описывают следующий случай Мартина У., страдающего из-за семейных конфликтов, несколько раз совершавшего суицидальные попытки. Он вырос в окружении, где эмоции не проявлялись. Родители вели замкнутый образ жизни, такой же образ жизни стал вести и сам пациент. Он всегда держался серьезно, холодно и сдержанно: «*Я хотел только вдыхать воздух, потому что боялся, что что-то злое выйдет при выдохе*». Мартин считал себя виноватым в смерти младшей сестрички, особенно потому, что когда-то опрокинул ее в коляске. Лишь спустя значительное время он узнал, что сестра умерла от врожденного порока сердца. Укреплению чувства вины способствовало и неблагоприятное стечение обстоятельств: в день похорон Мартин бурно обрадовался приезду любимого дяди, за что был наказан отцом. Естественно, Мартин никогда не обсуждал свое чувство вины с родителями. Будучи взрослым Мартин неоднократно хотел бросить все, покончить со всем, убежать в чужую страну с риском для собственной жизни[1].

Представители когнитивного и когнитивно-бихевиорального подходов (А. Бек, М. Селигман) характеризуют такие чувства, как чувства безнадежности, осознание человеком своего будущего как бесперспективного.

Диагностика суицидального риска. Важной задачей диагностики является оценка вероятности суицидального поведения. По многочисленным данным *о суицидальной настроенности человека свидетельствуют*:

- *суицидальные угрозы*. Вопреки распространенному заблуждению о том, что люди, собирающиеся покончить с собой, никогда не делятся своими планами, ретроспективные исследования показывают, что значительная часть самоубийц в той или иной форме разговаривали с близкими и знакомыми о своей смерти;
- *изменение привычного образа жизни* – самоизоляция, резкое снижение повседневной активности;

---

[1] *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2: Практика / Х. Томэ, Х. Кехэле. М., 1996, С. 356.

• *явное снижение социальной адаптации*;

• *повышенная частота визитов к врачу*;

• *синдром «завершения дел»*: человек отдает долги, просит прощения у тех, кого он обидел, дарит знакомым любимые вещи, пишет письма, приводит в порядок бумаги и т.д.[1].

Согласно распространенному даже среди профессионалов предрассудку, не следует открыто спрашивать клиента о его суицидальных намерениях. Однако замалчивая эту тему, психолог лишь дает понять собеседнику, что она является нежелательной. Примерные формулировки вопросов, которые можно использовать для выяснения суицидальных намерений индивида, содержатся, например, в опроснике депрессии А. Бека (приложение 1). При этом переходить к следующему вопросу нужно лишь в том случае, если клиент ответил на предыдущий вопрос утвердительно:

• были ли у вас мысли о смерти?

• думали ли вы о том, что если бы вас не стало, проблемы решились бы сами собой?

• возникало ли у вас желание покончить с собой?

• каким образом вы собираетесь/собирались это сделать?

• какие приготовления вы сделали?

• когда вы собирались/собираетесь это сделать?

Случай из практики, на примере которого продемонстрирована оценка суицидального риска, содержится в статье Е.И. Крукович[2].

В целом можно считать, что сделанный выбор в пользу конкретного способа суицида и доступность средств его совершения свидетельствуют о чрезвычайно высоком риске попытки самоубийства. В этом случае человек нуждается в психологической помощи, принципы оказания которой будут рассмотрены далее.

Резюме

Суицидальное поведение является наиболее опасной формой кризисного реагирования и направлено на сознательное лишение себя жизни. В зависимости от целей и способов суи-

---

[1] *Крукович, Е.И.* Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

[2] Там же. С. 165–167.

цида выделяют различные типы суицидентов. Оценка риска суицидального поведения основывается на анализе поведения больного и его социальной ситуации.

Литература

Крукович, Е.И. Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Крукович, Е.И. Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Фоа, Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Фоа [и др.]. М., 2005.

3.3. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Для предотвращения трансформации кризисного состояния в психическое расстройство или суицидальное поведение необходимо кризисное вмешательство.

Кризисное вмешательство – экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Она базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности и симптомоцентрированного контроля.

Е.И. Крукович отмечает, что кризисное вмешательство делится на кризисное консультирование и кризисную психотерапию, последняя показана при осложненных кризисах. Она выделяет следующие *условия успеха* данного вида психологической помощи:

- эмпатический контакт;
- безотлагательность;
- высокий уровень активности консультанта;
- ограничение целей консультирования и сосредоточение на основной проблеме клиента;
- психологическая поддержка клиента;
- уважение.

Основными *целями кризисного вмешательства* являются стабилизация психического состояния человека, содействие

развитию у него специфических видов компетенции, необходимых для выхода из кризисной ситуации, поиск и мобилизация имеющихся ресурсов[1].

Для этого необходимо прежде всего выявить основную проблему, которая способствовала развитию кризиса, а также упорядочить картину кризисного события. Решение данной задачи способствует снятию эмоционального напряжения, лучшему осмыслению создавшегося положения и восстановлению чувства контроля. Далее следует определить, какие действия человек уже предпринимал для решения проблемы. Поиск путей выхода из кризиса начинается с планирования действий человека на ближайшее время. В целом можно заметить, что не существует каких-то универсальных способов разрешения кризисной ситуации (а в некоторых случаях проблема заключается в том, что все возможные способы выхода из ситуации человек в данный момент считает для себя неприемлемыми). Поэтому терапевт должен сосредоточить основное внимание на эмоциональном состоянии клиента, его представлениях о самом себе и о проблеме.

Помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса, может оказываться как при личном визите, так и по телефону. *Телефонная психологическая помощь* была впервые создана в Лондоне в 1953 г. англиканским священником Ч. Вара. В 1954 г. он доверил оказание этой помощи волонтерам. Так родилось движение «самаритян»[2]. С тех пор в большинстве стран мира, в том числе в СССР, были открыты подобные службы. Помимо соблюдения общих принципов кризисной интервенции для успешной работы телефонной психологической службы необходимо знание психологии телефонного диалога, методов активного выслушивания. А.Н. Моховиков выделяет четыре этапа психологической беседы по телефону:

- введение в диалог;
- исследование чувств и проблем клиента;
- исследование решений и альтернатив;
- завершение диалога.

Как можно увидеть, в целом этапы телефонного консультирования сходны с рекомендуемыми этапами кризисной интервенции, специфика заключается в том, что телефонный

---

[1] *Перре, М.* Стресс и копинг как факторы влияния.

[2] *Моховиков, А.Н.* Телефонное консультирование.

диалог труднее прогнозировать, консультант не видит своего собеседника, который может к тому же в любой момент прекратить общение.

Поэтому на этапе введения основную роль играет активное выслушивание, целью которого является уменьшение эмоционального напряжения и установление прочного контакта с абонентом. Второй и третий этапы беседы описаны нами выше. Достаточную сложность представляет адекватное завершение диалога, в котором необходимо подвести итоги беседы, закрепить положительное эмоциональное состояние клиента и наметить следующие этапы работы.

В Республике Беларусь телефоны экстренной психологической помощи работают в г. Минске и в других городах.

Резюме

Кризисное вмешательство является самостоятельным видом психологической помощи, основанным на принципе безотлагательности, краткосрочности, сосредоточении на основной проблеме клиента. Важнейшей задачей такого вмешательства является предотвращение развития кризиса в психическое расстройство или в суицидальное поведение.

Литература

Крукович, Е.И. Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Крукович, Е.И. Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования / Е.И. Крукович // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Фоа, Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Фоа [и др.]. М., 2005.

4. ПСИХОСОМАТИКА

4.1. ВИДЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Психосоматика – междисциплинарное научное направление, в котором изучается взаимосвязь психических и соматических (телесных) процессов. Существует и более узкое определение предмета психосоматики, как области медицины либо медицинской психологии, изучающей психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний.

Принято считать, что психосоматика возникла в конце XIX в., тогда впервые начал использоваться данный термин и появились первые систематические описания психосоматических заболеваний. Однако настоящей эпохой расцвета для данного направления явились 1930–1950-е гг.; когда в рамках психоанализа возникла психосоматическая медицина, а представления о том, что многие телесные заболевания развиваются под действием психологических факторов, утвердились не только в психиатрии и психологии, но и среди всего медицинского сообщества.

В этом разделе будут рассмотрены как заболевания, традиционно относимые к психосоматическим, так и те психические расстройства, которые связаны с нарушением образа тела – синдром дисморфофобии, нарушения пищевого поведения, синдром Мюнхгаузена.

Под ***психосоматическими расстройствами*** понимаются такие расстройства, при которых развитие соматических нарушений объясняется действием психологических факторов. Клиническая практика показывает: они представляют собой достаточно разнородную группу. Так, в МКБ-10 выделяют:

Развитие или обострение хронических соматических заболеваний под влиянием психологических и социальных факторов. Сюда относят бронхиальную астму, гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит, псориаз, язву желудка, ишемическую болезнь сердца. В данном случае имеется в виду, что либо первый, либо последующий приступы заболевания достоверно связаны с действием психологических условий. Современное понимание концепции причинности в ме-

дицине основано на предположении о том, что любое заболевание является результатом взаимодействия различных этиологических факторов (см. описание биопсихосоциальной модели в главе 1.4). Поэтому нельзя рассматривать психосоциальные воздействия как единственную причину развития психосоматической патологии.

Соматоформные расстройства. Их главным признаком является повторение физических симптомов наряду с постоянным требованием медицинских обследований. Результаты медицинских обследований оказываются отрицательными в том смысле, что если даже у пациента имеются реальные телесные расстройства, они не могут объяснить специфики и выраженности симптомов. Больные не верят этим результатам, противятся попыткам психологического объяснения своих проблем, у них может отмечаться и демонстративное поведение, причем имеются убедительные основания считать, что оно во многих случаях возникает позже развития основных симптомов и является следствием неудовлетворенности пациента взаимоотношениями с медицинскими работниками[1]. Соматоформные расстройства бывают различных видов: соматизация, ипохондрия, соматоформная вегетативная дисфункция, соматоформное болевое расстройство.

Распространенность соматоформных расстройств достаточно высока (по разным данным, ими страдает от 1 до 5% населения), причем значительная часть случаев не получает нужной клинической оценки, и больные продолжают безуспешно лечиться у терапевтов. Психотерапевтическое лечение соматоформных расстройств из-за настороженного отношения многих пациентов к психологической оценке их состояния является весьма сложным[2].

Соматизация характеризуется множественными, постоянно возникающими и в то же время изменчивыми физическими симптомами, длящимися не менее двух лет. Жалобы касаются различных органов и систем организма:

- желудочно-кишечного тракта (рвота, боли в животе, тошнота, вздутие живота, понос, непереносимость отдельных видов пищи);

[1] *Sanders, D.* Counselling for Psychosomatic Problems / D. Sanders. London, 1996.

[2] Там же.

• сердечно-сосудистой системы (поверхностное дыхание, учащенное сердцебиение, головокружение, боли в области груди);

• гинекологической сферы (болезненные или нерегулярные менструации, рвота во время беременности);

• кожной чувствительности (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность).

Кроме того, могут наблюдаться боли различного характера и локализации. Мышечные боли напряжения не относятся к этой категории расстройств, поскольку являются физиологическим симптомом тревоги.

Несмотря на то что во многих случаях у больных отмечается высокий уровень тревоги и депрессии, они не склонны обсуждать психологические причины своих телесных симптомов и не жалуются на эмоциональные проблемы. Чаще всего беспокойство и сниженное настроение больные связывают с плохим физическим самочувствием и отчаянием из-за невозможности получить эффективную медицинскую помощь.

Ипохондрия. Больные постоянно озабочены возможностью появления (наличия) тяжелого недуга; часто интерпретируют свои нормальные интроцептивные ощущения как патологические симптомы. Степень убежденности в своей болезни меняется от одной медицинской консультации к другой. В отличие от пациентов с соматизированным расстройством, которые озабочены *симптомами* и *причиняемыми ими страданиями*, ипохондрик боится *заболевания* и его *последствий.* Концепция болезни у человека, страдающего ипохондрией, более четкая и стабильная. Как правило, такие больные не склонны верить врачам, пытающимся разубедить их. Они так же, как и больные с соматизацией, могут страдать от тревоги и сниженного настроения.

Соматоформная вегетативная дисфункция характеризуется жалобами на симптомы вегетативного возбуждения, локализованные в каком-либо определенном месте (чаще всего – в области сердца, желудочно-кишечного тракта и системы дыхания), в сочетании с другими признаками вегетативного возбуждения. При этом симптомы имеют хронический характер, и больной обеспокоен неприятными ощущениями, исходящими от какого-либо органа. При соматизированном расстройстве вегетативные симптомы менее выражены и не относятся все время к одному органу.

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется упорной, тяжелой и угнетающей болью, которая связана с психологическими причинами, стрессом и т.п.

Физические симптомы могут наблюдаться и при ***тревожных расстройствах***. В этом случае больной склонен сосредоточиваться на своем эмоциональном состоянии, готов обсуждать психологические проблемы. Соматические симптомы относительно кратковременны; они также исчезают при отвлечении внимания больного, в процессе релаксации. Типичными соматическими коррелятами тревоги (свидетельствующими о возбуждении симпатического отдела вегетативной нервной системы) являются учащенное сердцебиение, боли в груди, головокружение, ощущение нехватки воздуха, дрожь, мышечное напряжение, потливость, дискомфорт в эпигастральной области. В отличие от людей, страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией, жалобы такого пациента не относятся к одному органу или системе. Как правило, при тревожном расстройстве перечисленные выше симптомы сопровождаются страхом смерти, сумасшествия, потери контроля над собой, неприятных событий, которые случатся в будущем.

Соматические симптомы при ***депрессии***, скорее всего, являются эквивалентом глубокой эмоции тоски. Их периодичность соответствует циклическим сменам настроения (суточные и сезонные колебания), они исчезают, когда эмоциональное состояние больного улучшается. Больной соматизированной депрессией обычно полагает, что его тяжелое душевное состояние связано с физическим страданием. Он красноречив и неистощим в своих жалобах (как правило, множественных, не относящихся к какому-либо одному органу)[1].

Диссоциативные* (*конверсионные*) *расстройства. При диссоциативных расстройствах соматические симптомы вызываются травматическими для личности событиями, неразрешимыми проблемами, нарушением межличностных отношений. Динамика расстройств чаще всего соответствует динамике конфликта. Если, например, конфликт имеет хронический характер, то аналогичный характер принимает и расстройство. Жалобы больных «часто отражают <их собствен-

---

[1] *Десятников, В.Ф.* Скрытая депрессия в практике врачей / В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина. Минск, 1981.

ные> представления ...о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами». Симптомы помогают больному либо избежать открытого выяснения отношений, либо выразить свое мнение косвенным образом[1]. В картине современной истерии больше представлены псевдосоматические симптомы, нежели псевдоневротические. Психиатр В.Я. Семке пишет:

> «В наблюдениях последних лет почти не приходилось сталкиваться с классическими вариантами ... судорожных припадков. На смену им пришли ... малые, редуцированные формы судорожного реагирования со смещением акцента в сторону психосоматических проявлений: легкие обмороки ... а также спазмы в горле, пищеводе, блефароспазм, приступы удушья, плача и т.п. Среди расстройств чувствительности более частыми симптомами стали глоссалгия и масталгия. *Глоссалгия* – боли, покалывание, онемение в языке. *Масталгия* – боли в области молочной железы. (*Семке, В.Я.* Истерические состояния / В.Я. Семке. М., 1998. С. 58).

Для больных типичны демонстративное поведение, красочный способ описания проблемы, исчезновение нарушений после отвлечения от них внимания.

Психические расстройства, которые связаны с нарушениями образа тела или с аномальными телесными практиками (расстройства приема пищи, синдром Мюнхгаузена) будут рассмотрены нами в следующих главах.

Резюме

При психосоматических расстройствах развитие соматических нарушений в основном вызвано действием психологических факторов. К их числу относятся некоторые хронические соматические заболевания, соматоформные расстройства, нарушения пищевого поведения, синдром дисморфофобии, синдром Мюнхгаузена. Психосоматические нарушения могут наблюдаться и в структуре других психических расстройств (тревожных, депрессивных, диссоциативных). В этом случае динамика соматических нарушений будет соответствовать динамике основного заболевания.

---

[1] Международная классификация болезней (МКБ-10). С. 155.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

4.2. ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Сегодня наиболее популярными являются психоаналитическая, психофизиологическая и когнитивная концепции возникновения психосоматичесих расстройств.

4.2.1. Психоаналитический подход

Психоанализ стал первым направлением, в рамках которого была разработана теория психосоматических расстройств. Основой этого подхода стали идеи З. Фрейда относительно возможности конверсии, т.е. преобразования психической энергии. Нарушения сферы дыхания, произвольных движений и чувствительности, типичные для данного расстройства, могут быть интерпретированы аналитиком как символическое выражение определенного бессознательного конфликта. При этом в физическое нарушение трансформируется не сам комплекс представлений, а связанный с ним аффект[1].

В XX в. начались исследования психодинамических аспектов органических заболеваний. Так возникла психосоматическая медицина. Общий постулат для всех работ в данной области заключается в том, что динамика бессознательных процессов может использоваться для объяснения генеза органических повреждений, а психоанализ является методом терапии, эффективным при лечении соматических больных. К числу наиболее известных представителей психосоматической медицины можно отнести Ф. Александера, Ф. Данбар, А. Гарма, Ф. Дойча. В своих эмпирических исследованиях они попытались решить проблему специфичности, являющуюся

---

[1] *Фрейд, З.* О психоанализе / З. Фрейд // О клиническом психоанализе. М., 1991.

центральной для всей психосоматики. Она заключается в необходимости при формулировке теории ответить на вопрос о том, почему определенные факторы привели к возникновению именно этого симптома и именно у этого человека.

Одним из ответов на данный вопрос является концепция специфичности, разработанная Ф. Александером. Александер заметил, что далеко не у всех его пациентов развиваются психосоматические симптомы, даже если в ходе интервью у них был выявлен какой-либо из названных конфликтов. Тогда он выдвинул гипотезу о «двойной» обусловленности заболевания: к специфическому конфликту добавляется уязвимость определенного органа (например, в случае язвы – врожденная склонность к повышенной секреции желудочного сока).

Специфичность психологических факторов, ведущих к заболеванию, заключается в том, что физиологический ответ на эмоциональные стимулы, как нормальные, так и патогенные, зависит от качества эмоций: специфические эмоциональные конфликты соотносятся со специфическими соматическими симптомами. Кроме того, Александер указал, что стрессовая ситуация, активизирующая специфический эмоциональный конфликт, может спровоцировать начало заболевания[1].

4.2.2. Физиологический подход к психосоматическим расстройствам

Физиологический подход к психосоматическим расстройствам обязан своим развитием исследованиям И.П. Павлова, Г. Селье, У. Кэннона и др.

И.П. Павлов в своих экспериментах продемонстрировал влияние психических факторов на функционирование внутренних органов. Особенно сильное отрицательное воздействие оказывают, согласно его мнению, стимулы, провоцирующие разнонаправленные поведенческие реакции (например, приближение и бегство). Последователями Павлова в Советском Союзе была создана *теория кортико-висцеральной патологии* (К.М. Быков). Под кортико-висцеральными отношениями понималось естественное функциональное взаимодействие между корой и внутренними органами, которое может быть про-

[1] *Аммон, Г.* Психосоматическая терапия / Г. Аммон. СПб., 2000.

демонстрировано в эксперименте. Действительно, еще в конце XIX в. удалось показать, что воздействием на определенные зоны коры можно изменить работу внутренних органов. Быков и его соратники полагали, что можно, влияя на кору, создавать условные рефлексы, изменяющие работу организма, и, наоборот, воздействуя на внутренние органы, можно изменять условно-рефлекторную деятельность коры больших полушарий. На основе проведенных экспериментов в теории кортико-висцеральной патологии выдвигаются три основных положения:

- работа внутренних органов управляется корой головного мозга;
- нарушение их функционирования под воздействием внешних раздражителей доказывает наличие психологических факторов в развитии соматического заболевания;
- невроз является начальной и наиболее распространенной формой возникновения психосоматических заболеваний.

Следует отметить, что в конце XX в. интерес к теории несколько уменьшился, поскольку не удалось доказать того, что функциональные нарушения приводят к повреждению тканей внутренних органов. Как выяснил И.Т. Курцин, дефект тканей в эксперименте возникал лишь в том случае, когда к «психологической» вредности добавлялась биологическая (например, если происходило постоянное орошение желудка желудочным соком). Вызывает возражения и утверждение, что именно кора мозга регулирует работу внутренних органов, т.е. контролирует их. Во-первых, помимо нервной существует и гомеостатическая регуляция процессов в организме. Во-вторых, кора мозга в повседневной жизни (вне экстремальных ситуаций) не вмешивается в работу внутренних органов. Кортикальный контроль распространяется только на те вегетативные функции, которые обеспечивают сложные формы поведения: речь, произвольные движения. Например, к числу таких функций относится дыхание.

Теория кортико-висцеральной патологии сводит отношения между психикой и телом к более узким отношениям между корой и подкорковыми структурами. Однако это характерно не только для данной концепции. Публикации, в которых указывается на какой-либо участок в головном мозге, «отвечающий» за психосоматические связи (гипоталамус, лимбическую систему и т.п.), появляются постоянно.

Теория стресса. Согласно этой теории психосоматическое заболевание является реакцией организма на «психологические перегрузки» и представляет собой одно из проявлений неспецифического адаптационного синдрома. Современные представления о стрессе связывают его не только с работой вегетативной нервной системы, но и иммунной, а также системы пептидной коммуникации. Чрезмерное симпатическое возбуждение в ответ на угрозу считают одним из факторов, способствующих возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, язвы желудка. Эти недуги связывают с повышенной «вовлеченностью» личности в какую-либо активность. Парасимапатические реакции связывают с возникновением рака, рассеянного склероза, депрессии (которые называют «болезнями невовлеченности»). Считается, что парасимпатическая нервная система в наибольшей степени активизируется в ситуациях хронического стресса, когда индивид оценивает угрозу как неконтролируемую.

Несмотря на то что теория стресса обогатила представления о психосоматических заболеваниях, она ограничена вследствие своей естественнонаучной ориентации. Она ничего не может сказать нам о том, почему какой-либо стрессор оценивается одним человеком как контролируемый, а другим – нет, почему некоторые люди реагируют на хронический стресс тревожными и невротическими расстройствами, у других возникает реактивный психоз, а у третьих развивается психосоматическое заболевание. Кроме того, некоторые авторы возражают против неоправданного расширения границ самого понятия «стресс». Например, можно ли его использовать для описания обыденных затруднений?

4.2.3. Когнитивный подход к психосоматическим расстройствам

Многие авторы подчеркивают значительное влияние интерпретации телесных событий на развитие соматоформных расстройств. Утверждается, что осознанию интроцептивных стимулов способствуют их сила, новизна, постоянство, болезненность и влияние на общую активность. Д. Чиоффи разработал модель интерпретации телесных ощущений. Помимо характеристик интроцептивного стимула на его распознавание и восприятие влияют эмоциональное и физическое состояние индивида, его прошлый опыт, ценности, личностные особен-

ности, закрепленные в культуре представления. Возникшее ощущение дискомфорта или боли необязательно будет рассматриваться как признак начала болезненного процесса. Человек может решить, что оно является следствием усталости или стресса. Наконец, если ощущение интерпретируется как симптом, т.е. признак болезни, поведение и эмоциональное состояние людей будет зависеть от степени ее опасности, длительности, возможного лечения. Неадекватные выводы могут быть сделаны на любой стадии процесса обработки информации, вызывая тем самым усиление негативных ощущений и неадаптивное поведение. На рис. 4.1 приводится схема возникновения соматоформных расстройств согласно когнитивному подходу.

Рис. 4.1. Схема возникновения соматоформного расстройства согласно когнитивному подходу

Резюме

Наиболее популярными концепциями развития психосоматических расстройств являются психоаналитическая, физиологическая и когнитивная. Однако ни одна из них не может претендовать на исчерпывающее описание возникновения психосоматических нарушений, скорее, речь идет об анализе одного из возможных синдромов.

Литература

Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. СПб., 2000.

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

4.3. СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА (ИСКУССТВЕННО ВЫЗЫВАЕМОЕ РАССТРОЙСТВО)

4.3.1. Классический синдром Мюнхгаузена

Люди, страдающие классическим синдромом Мюнхгаузена, намеренно вызывают у себя различные физические симптомы или же предъявляют жалобы на физические и (или) психологические расстройства без явной материальной цели. Они стремятся играть роль больного, получать внимание и заботу окружающих, особенно врачей. Поскольку пациенты отрицают у себя наличие психологических проблем, склонны часто менять клиники и место жительства, получить объективную статистику о распространении синдрома Мюнхгаузена сложно. Согласно некоторым данным, эти больные составляют 3–9% от всех пациентов, проходящих лечение в стационарах.

Существует *три основные разновидности* данного расстройства:

- расстройство с преобладанием физических жалоб (симптомов);
- расстройство с преобладанием жалоб на психическое состояние;
- смешанный тип.

Название «синдром Мюнхгаузена» (по фамилии знаменитого выдумщика) ввел *Р. Эшер* в 1951 г.

Обязательными критериями для диагностики данного расстройства являются:

• постоянная симуляция или намеренное вызывание симптомов;

• патологическая лживость пациента относительно истории своей жизни и болезни;

• склонность к частым переездам, смене работы.

Дополнительные критерии:

– наличие в структуре характера пограничных или антисоциальных черт;

– депривация в детстве или крайне проблемные отношения с родителями;

– чувство спокойствия, самообладания перед лицом тяжелейших диагностических и лечебных процедур, в том числе и перед операциями;

– признаки того, что симптомы вызываются искусственно, например, оставшиеся от предыдущих вмешательств рубцы и шрамы;

– наличие знаний в области медицины (часто – среднее специальное или высшее медицинское образование);

– множественные госпитализации;

– история незначительных правонарушений;

– необычный, драматический способ предъявления симптомов.

Еще до развития нарушений у этих пациентов можно наблюдать не вполне нормальное поведение. В некоторых случаях оно неумышленно провоцируется медицинскими работниками, например многие пациенты сообщают о хороших отношениях с врачами в детстве, когда им пришлось лечиться от тяжелой болезни.

Вначале Эшер сообщил о трех системах организма, которые чаще всего страдают в случае искусственно вызываемого расстройства: пищеварительная, кровеносная, нервная. Однако современные исследования показывают, что синдром Мюнхгаузена может затрагивать практически все органы и системы тела (пример 4.1).

Пример 4.1. Искусственно вызываемое расстройство с преобладанием соматических симптомов

Студентка университета (22 года) была доставлена в больницу с подозрением на иммунодефицит. При поступлении жаловалась на болез-

ненную опухлость выше правой груди и на сходные симптомы в абдоминальной области. В течение последних пяти месяцев неоднократно обращалась к врачам, перенесла 20 госпитализаций. Проблемы, судя по данным медицинской карты, начались в 17 лет, когда возникла аменорея. Ей были назначены контрацептивы, после чего появились симптомы тромбоза на одной из ног. Это послужило основанием для назначения антикоагулянтов. Вскоре пациентка начала жаловаться на болезненные припухлости в области паха и на слабость в нижних конечностях. В больнице был поставлен диагноз целлюлита с сопутствующим абсцессом. Фармакологическая терапия оказалась неэффективной, был проведен хирургический дренаж опухоли. Затем развилась опухоль в левой груди, и снова понадобился дренаж. Однако врачей насторожил тот факт, что посевы бактерий из правой и левой опухоли содержали неодинаковые разновидности микроорганизмов. Было впервые заподозрено искусственно вызываемое расстройство. Пока пациентка отстутствовала, сиделка нашла в ее кровати шприц с разведенным фекальным материалом. Когда девушка вернулась, другие пациенты рассказали ей о том, что произошло. Больная разгневалась и немедленно покинула клинику, отказавшись общаться с врачами (*Allem, A.* Munchausen syndrome – presenting as immunodeficiency: a case report and review of the literature / A. Allem, D.S. Adjarim // Ann. Saudi Med. 1995. V. 15, № 4. P. 404–406).

4.3.2. Делегированный синдром Мюнхгаузена

Первое описание *делегированного синдрома Мюнхгаузена* было сделано в 1977 г. британским педиатром Р. Мидоу и основывалось на наблюдениях за двумя матерями маленьких пациентов. Он обнаружил, что женщины систематически вызывали у своих детей симптомы заболеваний. Мидоу рассматривал такую мать как «агрессора», а ребенка – как «жертву». Вначале он полагал, что делегированный синдром Мюнхгаузена проявляется у матерей, чьи дети младше шести лет, поскольку в этом возрасте ребенок еще не может сопротивляться активным воздействиям. Однако в 1984 г. Мидоу опубликовал сообщение о том, что жертвами «агрессора» могут быть вполне взрослые люди. Например, 22-летняя девушка передвигается только в инвалидном кресле, поскольку мать убедила ее, что она совершенно не может ходить. В настоящее время синдром описан не только в парах «родитель – ребенок», бывают варианты «врач – пациент», «муж – жена» и т.п. Мидоу утверждал, что чрезмерно выраженная реакция врача на предполагаемое заболевание ребенка наносит ему вред. Это связано со страхом пропустить серьезное заболевание. В результате ребенок

подвергается ненужным диагностическим и лечебным процедурам[1].

Признаки делегированного синдрома Мюнхгаузена следующие:

• агрессор либо намеренно вызывает физические симптомы у человека, о котором заботится (жертва), либо предъявляет врачам жалобы на то, что у жертвы есть симптомы, требующие диагностики и лечения;

• в ходе медицинских процедур агрессор стремится находиться рядом с жертвой, выступать как бы ее доверенным лицом или «защитником»;

• у агрессора отсутствует материальная заинтересованность в страданиях жертвы;

• предъявленные симптомы часто озадачивают врачей, поскольку они слишком многочисленные, необычные или редкие; не соответствуют никакому конкретному диагнозу.

• агрессор безучастен к тому, что медицинские вмешательства имеют нежелательные последствия для жертвы; легко соглашается, чтобы жертве делались операции, ампутации, назначались сильнодействующие препараты.

Как правило, у агрессора имеется достаточно серьезная психическая патология (антисоциальное, шизоидное и шизотипическое, пограничное расстройства личности, а также психотические расстройства). Посредством воздействия на жертву, он (она) удовлетворяет свои психологические потребности, основными из которых являются необходимость внимания и одобрения со стороны окружающих. Иногда больной (агрессор) наносит повреждения и себе.

Несмотря на наличие тяжелого психического заболевания, агрессор обычно производит на окружающих хорошее впечатление. Врачи и близкие часто не верят, что этот человек может причинить кому-то вред, отказываются давать показания сотрудникам правоохранительных органов, считая, что людей обвиняют незаслуженно.

Хотя материальное подкрепление не является целью больных, в большинстве случаев можно отметить наличие определенного социально-психологического подкрепления, а также особых отношений с жертвой. Например, тесная связь между

---

[1] *Meadow, R.* Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse / R. Meadow // Lancet. 1977.

матерью и ребенком может привести к тому, что она как бы «одалживает» ему симптомы из своей личной истории болезни.

Следует заметить, что действия больных с делегированным синдромом Мюнхгаузена рассматриваются как уголовное преступление во всех странах, однако доказать искусственное вызывание расстройства чрезвычайно трудно. Синдром Мюнхгаузена оказывает драматическое воздействие не только на жертву, но и на всю семью (пример 4.2).

Пример 4.2. «Самоотверженная» мать

В 1961 г. двухлетнюю девочку принесли к хирургу-ортопеду по поводу обычной травмы левого колена. Лечение оказалось неэффективным, возникла инфекция, которая распространилась на значительную часть ноги. За два года мать ребенка обращалась к педиатру 28 раз, девочка перенесла 14 госпитализаций. Постепенно инфекция перешла на правую ногу, причем реакция на лечение антибиотиками была слабой. Мать самоотверженно ухаживала за ребенком, тщательно конспектируя все указания врача. К сожалению, это не помогало, заболевание было настолько серьезным, что неоднократно ставился вопрос об ампутации левой ноги. В возрасте пяти лет у девочки начались проблемы с правой рукой, а когда ей было семь, ее привезли в отделение скорой помощи с обширным воспалительным процессом в левой руке, из-за чего пришлось удалить значительную часть мышечных тканей. Несмотря на столь неблагоприятное развитие болезни, в возрасте десяти лет все симптомы загадочно исчезли.

Восстановить истину удалось лишь после поступления пациентки в колледж. Тогда она обратилась в полицию, обвинив мать в нанесении телесных повреждений. И хотя дело так и не дошло до суда (с момента прекращения насилия прошло семь лет, а другие члены семьи отрицали наличие каких-либо проблем), медицинские эксперты тщательно проанализировали амбулаторные и стационарные карты и характер травм пациентки. Они пришли к однозначному выводу – все повреждения вызваны искусственным воздействием. Мать девочки имела степень бакалавра и была квалифицированной медсестрой, однако не работала, занималась домом и детьми. Отец распространял фармацевтическую продукцию и редко встречался с семьей. У пациентки были младшие брат и сестра. Для вызывания повреждения конечностей мать связывала пациентку и била ее деревянным молотком для крикета по ногам и рукам. При этом она очень сердилась, если дочь сопротивлялась, говоря, что ее сердце не выдержит такой неблагодарности и что все делается только для ее блага. Такие действия матери не являлись наказанием за проступки, никак не объяснялись и всегда совершались тогда, когда дома никого не было. Мать также использовала острые предметы – скальпели, шприцы для занесения инфекции в раны. Когда девочке исполнилось десять лет, она стала сопротивляться, угрожать разоблачением, громко кричать. В итоге мать оставила ее в покое. После ухода пациентки из дома мать начала наносить себе аналогичные повреж-

дения, в результате которых ей была назначена группа инвалидности. При этом неоднократно проводились полицейские расследования по поводу подделки матерью рецептов и медицинских карт. Став взрослой, девушка решила возобновить отношения с родителями. Она ожидала, что мать раскается, но этого не произошло. Во время одной из семейных ссор девушка, чтобы доказать наличие у матери патологического поведения, бросилась в кладовую, где в особом шкафу, как она помнила, лежал молоток, которым мать ее била. Он был все там же. Увидев это, мать разозлилась и прекратила общаться с дочерью (Bryk, 1997).

Специальные психологические методики для диагностики синдрома Мюнхгаузена не существуют. Диагноз этого расстройства приходится ставить на основе данных наблюдения, клинической беседы, а иногда, как в приведенных выше примерах, и настоящих расследований.

Перспективы психологической помощи при синдроме Мюнхгаузена неутешительны, поскольку больные некритичны к имеющимся у них нарушениям; они становятся раздражительными и агрессивными при разоблачении, стремятся никогда не обращаться дважды в одну и ту же клинику. Психотерапия должна быть направлена на устранение основного психического расстройства. Также необходима работа с семьей, члены которой могут испытывать значительные страдания в связи с поведением больного. Так, девушка, чья история описывалась в примере 4.2, указывает на эмоциональные проблемы у своих брата и сестры, которые жили в постоянном страхе, что с ними сделают то же самое.

Резюме

Люди, страдающие синдромом Мюнхгаузена, намеренно вызывают у себя или у зависимых от них лиц физические повреждения или сообщают о наличии различных нарушений с целью привлечь внимание, получить заботу и одобрение со стороны окружающих. Синдром Мюнхгаузена, как правило, сочетается с серьезными расстройствами личности, поэтому психологическая помощь должна быть направлена прежде всего на их коррекцию.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

4.4. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Изменения характера питания под действием психологических факторов были известны достаточно давно, однако в последние годы их распространение приобрело угрожающие масштабы.

Нарушения пищевого поведения – это «отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела. Эти нарушения … приводят к клинически значимому повреждению здоровья или психосоциального функционирования»[1]

Помимо тех расстройств, существование которых признается большинством психиатров (нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание), отмечаются и некоторые опасные тенденции в отношении приема пищи, которые характерны для современного общества. К ним относятся неоправданное применение диеты и чрезмерная озабоченность «здоровым» питанием, т.е. видом и качеством употребляемых в пищу продуктов (так называемая орторексия).

Расстройства приема пищи относят к числу наиболее опасных и трудно поддающихся лечению из всех психических заболеваний. Так, по некоторым данным, при нервной анорексии уровень смертности может достигать 20%[2].

4.4.1. Нервная анорексия

Больные нервной анорексией отличаются значительной потерей веса, вызванной их собственными усилиями, нарушением образа тела, эндокринными расстройствами (последние являются следствием снижения веса). Больные *во всех случаях* используют для снижения веса голодание или строгую диету, а также еще один или несколько видов методик: интенсивные физические упражнения, прием слабительных и мочегонных препаратов, а также препаратов, снижающих аппетит, вызывание рвоты. Поскольку нервной анорексией, как и другими нарушениями пищевого поведения, в основном страдают женщины (для анорексии, например, складывается соотноше-

---

[1] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск, 2007. С. 85–86.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

ние 20 : 1), то в дальнейшем мы будем использовать слова «больная», «пациентка». Однако стоит отметить, что в последнее время наметилась тенденция к росту таких заболеваний среди мужчин[1].

В зависимости от того, какие методы снижения веса использует больная, нервную анорексию можно разделить на два типа:

- *ограничительную*, при которой не бывает срывов в виде приступов обжорства и у больных нет необходимости «очищать» себя слабительными или рвотой;
- *очистительную*, при которой больные, хотя и ограничивают себя в еде, регулярно испытывают приступы обжорства, после чего прибегают к «очищению» – полному голоданию, вызыванию рвоты и т.п.[2]

Анорексия обычно начинается в подростковом возрасте. Как видно из приведенных в табл. 4.1 данных, нарушения питания обычно сочетаются с нарушениями образа тела – дисморфофобией (неоправданной убежденностью в наличии дефекта внешности). Дисморфофобия будет рассматриваться в следующей главе, сейчас заметим, что это синдром, при котором в сознании человека доминируют представления о наличии у него мнимых физических дефектов. Большое значение для больных анорексией имеет идея коррекции фигуры[3]. Помимо дисморфофобии у больных нервной анорексией есть много других психических проблем: изменения характера, конфликты с окружающими, сексуальные дисфункции[4].

Впервые нервная анорексия была описана в конце XIX в. независимо друг от друга двумя врачами – *У. Галлом* (1874) и *Ч. Лазеком* (1873). Нужно заметить, что с тех пор произошли существенные изменения в понимании этого заболевания. Например, Галл и Лазек считали главными признаками нервной анорексии истощение и аменорею (отсутствие менструаций). Они вовсе не рассматривали в своих работах такие общепризнанные на сегодняшний день критерии нервной анорексии,

---

[1] *Wardle, J.* Anorexia nervosa and bulimia / J. Wardle // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

[2] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.

[3] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов. М., 1986.

[4] *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2: Практика / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.

как нарушение образа тела и страх набрать лишний вес. Зато уже в то время эти ученые смогли отметить ярко выраженное отсутствие критики больных своего состояния, например, пациенты не высказывали никакого беспокойства за свою жизнь, даже находясь в крайней стадии истощения. В 1903 г. П. Жане отнес нервную анорексию к психическим расстройствам и выделил два ее типа – обсессивный (отказ от еды из-за страха полноты и наступления половой зрелости) и истерический, выражающийся в полном отсутствии аппетита[1].

Таблица 4.1

Расстройства приема пищи: основные характеристики

Расстройства приема пищи, включенные в МКБ-10			Опасные тенденции в питании	
Нервная анорексия	Нервная булимия	Психогенное переедание	Неоправданное применение диеты	Орторексия
1	2	3	4	5
Начало заболевания или возникновения проблемы				
Препубертат и пубертат (после 25 лет маловероятно)	Около 22 лет (возникновение после 25 лет маловероятно)	Около 22 лет (возникновение после 25 лет маловероятно)	Любой возраст, начиная с подросткового	После подросткового возраста
Общая характеристика синдрома				
Значительная потеря веса (15% от нормального уровня, или же значение дроби $\frac{\text{Вес тела, кг}}{\text{Рост тела, м}^2} < 17{,}5$ Ярко выраженный страх перед увеличением веса, невзирая на худобу Для снижения веса обязательно	Постоянная озабоченность и непреодолимая тяга к пище, больные не могут удержаться от переедания Во время приступов за короткое время (например, в течение 2 часов) съедается большое	Повторяющиеся приступы обжорства, связанные с потерей контроля над пищевым поведением, которые соответствуют, по крайней мере, трем из следующих критериев: слишком быстрое принятие пищи; принятие пищи до тех	Ограничение в еде в течение длительного времени с использованием, как правило, нескольких различных диет, пищевых добавок и препаратов Отсутствуют признаки анорексии, булимии и переедания Диеты выбираются произвольно, по личному вкусу, без предварительной консультации с врачом	Стремление питаться только «правильными» продуктами, для чего вырабатываются чрезмерно жесткие нормы питания Излишнее количество времени тратится на соблюдение этих норм Человек повсюду носит с собой «правильную» еду, отказывается принимать пищу

[1] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.

1	2	3	4	5
используется ограничение в питании, а также дополнительные меры: физические упражнения, прием мочегонных и слабительных, прием лекарств, снижающих аппетит, вызывание рвоты Нарушения образа тела: больная преувеличивает размер своего тела, негативно относится к нормальным характеристикам фигуры Аменорея в течение по крайней мере трех следующих друг за другом менструальных циклов	количество пищи Последующие попытки противодействовать ожирению (вследствие избыточного приема пищи) с помощью вызывания рвоты, злоупотребления слабительными, альтернативных периодов голодания Приступы обжорства и последующее искупительное поведение случаются в среднем дважды в неделю на протяжении трех месяцев Фигура и масса тела оказывают существенное влияние на самооценку Диагноз ставится в том случае, если исключена нервная анорексия	пор, пока не появится тягостное чувство насыщения; принятие пищи в одиночестве из-за смущения или стыда; после приступа обжорства пациентки испытывают отвращение к себе или депрессию; принятие большого количества пищи, что нельзя объяснить чувством голода Частота как минимум 2 раза в неделю на протяжении 6 месяцев; отсутствуют признаки нервной анорексии или булимии	В отличие от анорексии, обычно значительного и устойчивого снижения веса достичь не удается Неудачи в применении диет вызывают депрессию, чувство вины, снижение самооценки	в местах общественного питания или в гостях; При нарушении установленных ими же самими правил переживают депрессию или чувство вины

1	2	3	4	5
Распространенность				
Синдром чаще начинает развиваться у девочек-подростков (соотношение между женщинами и мужчинами 20 : 1), распространенность составляет 1 случай на 100 000 человек, однако некоторые авторы считают, что хотя бы у одной из 450 женщин один раз в жизни был аноректический эпизод	Синдром чаще встречается у молодых женщин (соотношение между женщинами и мужчинами – 10 : 1), общая распространенность приблизительно 8 случаев на 100 000 человек, однако есть сведения, что эти данные занижены, ибо многие больные после таких приступов не обращаются к врачу, вообще, эта болезнь может протекать незаметно для окружающих	Эпидемиологических исследований очень мало, по некоторым данным 2–4% населения (женщины страдают в полтора раза чаще, чем мужчины)	Систематические исследования еще не проводились	Систематические исследования еще не проводились
Образ тела				
Искажение образа тела, нереалистичный телесный идеал		Данных о значительном нарушении образа тела не имеется		
Сопутствующие проблемы				
Гинекологические, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые расстройства, цианоз кожи, выпадение	Гипогликемия вследствие избыточного потребления сахара во время приступов переедания,	Нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, нежелательные с точки зрения здоровья колебания веса	Нарушаются физиологические механизмы, связанные с формированием чувства голода и насыщения, значительные	Возникновение ипохондрического расстройства или фобии. Нарушение обмена веществ в результате резкого ограничения

1	2	3	4	5
волос и зубов, изменение характера, утрата контакта с окружающими из-за одержимости навязчивой идеей диеты	нарушение обмена веществ из-за частой рвоты (недостаток витаминов, минералов), кариес, аспирационная пневмония из-за попадания в легкие содержимого желудка, нарушение работы желудочно-кишечного тракта	тела, нарушение механизмов формирования чувства голода и насыщения. Может привести к булимии	колебания веса тела могут привести к нарушению эластичности кожи, проблемам с работой сердца, с позвоночником. Может привести к булимии или анорексии	потребления продуктов, которые человек считает «вредными»

Развитие нервной анорексии можно разделить на три этапа:

Этап I. Начинается с возникновения синдрома дисморфофобии. Девочки-подростки, часто под влиянием критических замечаний окружающих, а иногда и без заметного на первый взгляд повода начинают беспокоиться по поводу своей непропорционально полной фигуры, широких бедер, большого живота. Однако эти попытки уменьшить вес еще недостаточно целенаправленные и последовательные.

Этап II. Больные переходят к активной коррекции фигуры с помощью диеты, вызывания рвоты, приема слабительных, чрезмерных физических упражнений. Потеря веса и страх поправиться доминируют в клинической картине, при этом страх усиливается по мере снижения массы тела[1].

Этап III. Этап характеризуется общим психическим и физическим истощением, значительным снижением массы тела, отсутствием критического отношения больных к своему состоянию, нарушением жизненно важных функций организма[2].

[1] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.

[2] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия.

Нервная анорексия может сочетаться с другими психическими расстройствами, чаще всего, по мнению отечественных психиатров, – с диссоциативным расстройством и шизофренией. Если речь идет о диссоциативном расстройстве, то отчетливо выявляются своеобразное отношение к еде и заболевания желудочно-кишечного тракта в детстве, особый тип воспитания (культ еды, другие варианты особого отношения к еде), ипохондрические страхи. При шизофрении аноректические расстройства сочетаются с бредом, галлюцинациями, вычурными ритуалами, часто не имеющими отношения к еде.

Рассмотрим возможные факторы, способствующие развитию нервной анорексии.

Нарушение образа тела. Понятие «образ тела» включает в себя не только когнитивные, но и чувственные компоненты: внутренние ощущения, свидетельствующие, например, о голоде или насыщении, о нормальной или нарушенной работе внутренних органов[1]. Почему же ощущения больных не дают им даже самого общего сигнала о неблагополучии? Некоторые психологи объясняют это тем, что больной не чувствует, что он «есть тело». Он переживает тело как отделенное от «Я», соответственно тело становится для него объектом воздействия, своего рода «проектом». Больные не столько стремятся соответствовать определенному идеалу красоты, сколько боятся потерять власть над собой, над чувством голода, которое может подтолкнуть их к импульсивным действиям. Вообще, пациенты боятся всего неформального, безудержного. Например, тесных межличностных контактов, получения удовольствия от еды[2]. Как отмечает Томэ, для них не существует наслаждения без чувства вины. Удовольствие слишком захватывает личность, и она пытается наказать себя за это. Самоконтроль становится главной целью больных.

В историях болезни отношение пациентов к процедурам по поддержанию и сохранению веса описывается следующим образом: «было приятно, что может бороться с чувством голода, что прогрессивно худеет», «записывает в свою тетрадь с точностью до одной конфеты съеденное»[3]. Действительно, пора-

---

[1] *Фролова, Ю.Г.* Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский // Социология. 2004. № 2.

[2] *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2.

[3] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия.

жают сила стремления больных к самосовершенствованию и их волевые качества, ведь они успешно борются с чувством голода, что требует немалых усилий: «от передачи, принесенной сестрой, отказывается, но как только та убирает продукты, тянется за ними и затем снова просит убрать. … Всеми силами старалась похудеть; попросила мать принести из дома скакалку»[1], «было трудно, но приятно «побеждать» голод, «сознавать, что сегодня сумела ограничиться меньшим, чем вчера»»[2]. Больные испытывают удовольствие не столько от внешних оценок их фигуры, сколько от последовательного приближения к избранному телесному идеалу.

Социально-психологические факторы. Контроль над внешностью является в большинстве культур специфически женской задачей. Женщина, обладающая стройным телом, получает социальное одобрение не только за свой привлекательный внешний вид, но и за свои волевые качества.

Гипотеза о воздействии социальных факторов на развитие нервной анорексии, как и других нарушений пищевого поведения, становится все более и более популярной. Этот синдром связывают с культом стройного тела[3]. Когда женщина не соответствует принятому телесному канону, она чувствует себя в обществе неуверенной и пытается измениться. Если описать нервную анорексию в терминах «социального давления», то можно сказать, что патологическое влияние на больных оказывают требования всегда быть стройными и контролировать свой вес. Нетрудно заметить, что эти культурные нормы противоречат другим нормам, в частности, норме материнства (фертильности) и норме «сексуально привлекательного» женского тела. Возможно, что именно противоречивость данных требований создает у женщины высокое нервное напряжение. При изучении историй болезни пациенток, страдающих нервной анорексией, в некоторых случаях можно обнаружить, что «толчком» к развитию дисморфофобического синдрома послужили изменение у них массы тела в период полового созревания и сопутствующие этому насмешки и упреки со стороны родственников и знакомых. У мужчин синдром нервной

---

[1] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия. С. 57.

[2] Там же. С. 51.

[3] *Wardle, J.* Dieting / J. Wardle // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

анорексии развивается чаще всего в рамках шизофрении и существенно отличается по клинической картине от аноректического синдрома у женщин[1].

Отсутствие у больных беспокойства по поводу эндокринных проблем, связанных с потерей веса, также рассматривается как протест против навязываемой роли жены и матери. Психоаналитики определяют этот феномен как «страхи сексуального характера», в частности страх беременности[2]. Еда приравнивается к половому акту. Действительно, истории болезни свидетельствуют о равнодушном отношении пациенток к интимной жизни, даже если они и находятся в браке. Например, ни в одной истории болезни молодых женщин нет сведений, что они страдают из-за своей невозможности забеременеть. Еда может рассматриваться как самое доступное – и чаще всего самое дешевое – средство компенсации неудовлетворенных потребностей. Практически у всех пациенток с анорексией в анамнезе отмечаются особые пищевые привычки, характерные для их родительской семьи: культ еды, культ особой диеты, закармливание ребенка и т.п.

Индивидуально-личностные факторы. Социальное давление должно было бы вызывать нервную анорексию практически у всех полных людей. Однако это не так. В качестве объяснения того факта, что на больных нервной анорексией социальные нормы оказывают более серьезное влияние, чем на другие категории женщин, используются указания на сформированные еще до болезни личностные особенности пациенток: мнительность, обидчивость, упорство в достижении целей, самолюбие, перфекционизм, гиперсоциальность[3].

4.4.2. Нервная булимия

Нервная булимия – достаточно распространенный синдром, который имеет много общего с нервной анорексией. Булимия была выявлена и описана учеными гораздо позже, нежели анорексия. Это заболевание было неизвестно врачам вплоть до второй половины XX в. Причину булимии, по мнению многих специалистов, следует искать в общественных культурных нормах. Больные боятся располнеть, ограничива-

---

[1] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия.
[2] *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2.
[3] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия.

ют себя в еде, однако не в состоянии вести себя так долгое время. Интересно, что один из наиболее известных социологов, занимающихся проблемой телесности, Б. Тернер (B. Turner), сравнил анорексию с религиозной практикой поста, а булимию – с языческой оргией[1]. Булимические приступы могут возникать в результате чрезмерного самоограничения в еде, а также излишнего эмоционального напряжения. Больные за короткое время поглощают огромное количество пищи, а затем, чувствуя вину, вызывают у себя рвоту или прибегают к другим методам снижения веса (голодание, клизмы, слабительные). Сначала рвота не доставляет им удовольствия, но в некоторых случаях потребность в ней становится непреодолимой[2]. Булимия делится на два типа:

- *слабительный тип*, при котором больной часто вызывает у себя рвоту или злоупотребляет другими «очистительными» средствами;
- *неслабительный тип*. В этом случае для компенсации приступов обжорства используются голодание или чрезмерные физические нагрузки[3].

Помимо навязчивых действий, булимия включает в себя комплекс эмоциональных расстройств. Как правило, стимулом к возникновению булимического приступа является изменение эмоционального состояния. Аналогично аноректикам, пациенты с булимией придают огромное значение соответствию своей фигуры избранному идеалу. Изменения внешности сразу же сказываются на их самооценке[4].

4.4.3. Психогенное переедание

Как и больные нервной булимией, пациенты страдают от постоянно повторяющихся приступов обжорства, когда за ограниченный период времени употребляется большое количество пищи, но очистительное поведение не приобретает у них такой интенсивности и регулярности, как это бывает у больных булимией. Приступы обжорства повторяются мини-

---

[1] *Turner, B.S.* The Body and Society: Explorations in Social Theory / B.S. Turner. London-Thousand Oaks-New Delhi, 2001.

[2] См.: *Коркина, М.В.* Нервная анорексия; *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.

[3] *Комер, Р.* Патопсихология поведения.

[4] *Vitkus, J.* Casebook in abnormal psychology.

мум два раза в неделю на протяжении шести месяцев и более. У больных отмечается патологический поведенческий стереотип, включающий в себя высокую скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при отсутствии дискомфортных ощущений, еда в одиночку из-за смущения по поводу поглощенной пищи, чувство неудовлетворенности собой, подавленности из-за переедания. Возможно, именно отсутствие компенсаторного поведения часто приводит этих людей к ожирению[1]. Приступы переедания обнаруживаются и у людей, регулярно прибегающих к диетам.

4.4.4. Неоправданное применение диеты

Со страхом ожирения связана еще одна проблема – неоправданное применение диеты (в англоязычной литературе – dieting). В данном случае мы имеем в виду не диету, прописанную врачом, а попытки людей ограничить себя в еде, не прибегая к советам медиков, ради снижения веса. Дать точное определение феномену «dieting» достаточно сложно. Во-первых, любой человек имеет право на то, чтобы самостоятельно определять, что и как он будет есть, и не считаться при этом больным. Во-вторых, далеко не все люди питаются рационально. Основания для выделения в качестве отдельного психопатологического синдрома навязчивого следования диете заключаются в следующем:

- диета у многих людей вызывает состояние стресса и страх поправиться;
- не все способны постоянно ограничивать себя в еде. В результате человек то сбрасывает вес благодаря диете, то снова набирает его из-за приступов переедания. Это может привести к нарушениям в работе сердца;
- диета нарушает нормальный механизм формирования аппетита. Как показали исследования, резкие колебания веса тела вредны для здоровья. Следует помнить, что ни одна диета не поможет радикально изменить ваш вес[2].

Бриджет Джонс, героиня известной книги Хелен Филдинг «Дневник Бриджет Джонс», как раз относится к типу женщин, постоянно, но безуспешно пытающихся ограничить себя в еде:

---

[1] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.
[2] *Wardle, J.* Dieting.

в дневнике она все время отмечает свой вес и что ела в течение дня:

«Завтрак: горячая булочка (диета по Скарсдейлу – легкая вариация на тему точно дозированного подсушенного кусочка хлеба с отрубями; батончик «Марс» (диета по Скарсдейлу – легкая вариация на тему точно дозированной половинки грейпфрута). Второй завтрак: два банана, две груши (переиграла на фруктовую диету, поскольку очень голодна и не выдержу морковный завтрак по Скарсдейлу). Апельсиновый сок в пакете (антицеллюлитная – сырая диета). Ланч: картошка (вегетарианская диета по Скарсдейлу) и хуммус (травяная диета – прекрасно сочетается с печеной картошкой, потому что там тоже крахмал, а оба завтрака были щелочными, не считая булочки и «Марса» – небольшое отклонение). Ужин: четыре стакана вина, рыба и чипсы (диета по Скарсдейлу и травяная диета – формирует протеин); порция тирамису, «Тоблерон» (объелась). Я поняла, что слишком просто приспособить диету ко всему, чего бы тебе ни захотелось. И еще: диеты разрабатываются не для того, чтобы их подбирать и смешивать, а для того, чтобы выбрать одну и придерживаться ее. И именно это я и собираюсь сделать после того, как съем этот шоколадный круассан» (*Филдинг Х.* Дневник Бриджет Джонс / Х. Филдинг. М., 2005. С. 91–92).

Следование диете позволяет достичь сразу двух социально одобряемых целей: стройной фигуры и контроля над телом. Однако телесный идеал, к которому стремятся многие люди, ограничивающие себя в еде, подразумевает отречение от уникальности собственного тела и его негативную оценку. Диета не только модное увлечение, но и доходный бизнес, который только в США приносит прибыли около 50 млрд дол. в год, поэтому не всем сообщениям об эффективных способах коррекции фигуры следует доверять.

4.4.5. Орторексия

Здоровье является одной из важнейших ценностей современного общества; граждане с помощью средств массовой информации, интернета и книгопечатной продукции могут получить практически любые интересующие их сведения относительно того, как можно избежать болезней. Идея о том, что правильное питание позволяет сохранить здоровье, конечно, не нова. Однако в наше время требования к здоровому питанию становятся все более и более жесткими. Например, еще сто лет назад употребление в пищу большого количества сли-

вочного масла, мяса и яиц считалось правильным, а о канцерогенных свойствах некоторых веществ не было известно. Первые признаки подобной озабоченности появляются в начале XX в., о чем свидетельствует цитата из юмористического рассказа того времени:

«Белок, крахмал и азот они предпочитают пирогу с черникой и пышкам. Они не станут пить воду из-под крана. Они не станут есть сардины из консервной банки. Они не станут есть устриц, вынутых из бочонка. Они не станут пить молоко из стакана. Они боятся алкоголя в любом его виде. Да, сэр, боятся. Тру́сы!» (*Ликок, С.* Как дожить до двухсот лет / С. Ликок // Юмор, как я его понимаю: Юмористические рассказы. М., 2001. С. 21).

Тревожная информация относительно болезней, которые угрожают каждому человеку, заставляет нас быть бдительными в отношении собственного здоровья, вызывает ипохондрические опасения. Кроме того, соблюдение правил здорового питания может рассматриваться как показатель высокого социального статуса, поскольку экологически чистые продукты могут стоить очень дорого[1].

4.4.6. Патопсихологическая диагностика и психологическая помощь при нарушениях пищевого поведения

В некоторых случаях больные с нарушениями пищевого поведения сами сообщают психологу об имеющихся у них расстройствах, в других – лишь данные наблюдения за пациентом и беседы с родственниками позволяют определить наличие проблемы. Поскольку нарушения пищевого поведения развиваются постепенно, чрезвычайно важной является их диагностика на доклиническом уровне. Помимо косвенных данных можно использовать и стандартизованные тесты – Опросник пищевых предпочтений (ООП-26) и опросник образа собственного тела (ООСТ)[2].

---

[1] *Marks, D.F.* Health Psychology: Theory, Research and Practice / D.F.Marks [et al.]. London, 2000.

[2] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 3; *Скугаревский, О.А.* Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Психологический журнал. 2006. № 2 (10).

Психологическая помощь при нарушениях пищевого поведения в основном опирается на использование когнитивно-бихевиоральных моделей возникновения данных расстройств. Ее важнейшей целью является нормализация питания и исключение диетических ограничений. Необходимо добиться адекватного отражения больной чувства голода и насыщения. Желательно с самого начала ориентироваться на прием пищи в нормальных условиях, избегая по возможности парентерального питания. Обычно психотерапия при нарушениях пищевого поведения сочетается с биологическими воздействиями, направленными на коррекцию негативных физиологических последствий голодания, переедания или «чисток»[1].

Важную роль играет информирование пациента о принципах рационального питания и нормального для его возраста и сложения веса тела. В некоторых случаях, например, при наличии сильного истощения, больные нуждаются в госпитализации. Показано, что пациенты, имеющее массу тела, равную 85% индивидуальной нормы, испытывают трудности в ее восстановлении без профессиональной помощи[2].

Основные принципы когнитивно-бихевиоральной терапии нарушений пищевого поведения подробно изложены в монографии О.А. Скугаревского[3].

Резюме

Нарушения пищевого поведения выражаются в отчетливом изменении пищевых привычек или поведения по контролю массы тела. Они приводят к значительным психологическим, социальным и соматическим проблемам. Основными разновидностями данных нарушений являются нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание. В последнее время в научной литературе широко обсуждаются некоторые опасные, но не получившие точной клинической квалификации тенденции в отношении питания неоправданное применение диет и чрезмерная озабоченность употребления «здоровой» пищи. К числу важнейших факторов в развитии нарушений пищевого поведения относят индивидуально-психологические

[1] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.
[2] *Коркина, М.В.* Нервная анорексия.
[3] *Скугаревский, О.А.* Нарушения пищевого поведения.

особенности больного, нарушения образа тела, социальное давление. Главной целью психологической помощи при нарушениях пищевого поведения является восстановление нормального паттерна питания и изменение отношения пациентки к собственному телу.

Литература

Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск, 2007.

Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 3.

Скугаревский, О.А. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Психологический журнал. 2006. № 2 (10).

Фролова, Ю.Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский // Социология. 2004. № 2.

4.5. ДИСМОРФОФОБИЯ: НАРУШЕНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА

Впервые ***нарушение образа тела*** или ***дисморфофобия*** было описано в 1886 г. врачом *Морселли*. Сегодня дисморфофобия (далее в тексте – ДМФ) определяется как синдром, который включает следующие признаки:

- *озабоченность воображаемым дефектом внешности.* Иногда у больных в действительности имеется какой-то небольшой косметический недостаток, однако это не объясняет силы негативных переживаний.
- *состояние эмоционального напряжения, нарушения в социальной, профессиональной* и *других сферах жизни*, связанные с вышеуказанной проблемой.

Для точного диагноза необходимо исключить нервную анорексию.

Распространенность дисморфофобии составляет приблизительно 2% от всего населения, средний возраст начала заболевания – около 17 лет. Мужчины и женщины страдают этим расстройством в равной степени. Возможно, что реальные эпидемиологические показатели значительно выше. Так, по некоторым данным, среди людей, обратившихся к дерматологу, дисморфофобией страдают около 15%, среди пациентов пластических хирургов таких больных около 7%, а среди па-

циентов психиатрических клиник – до 10%[1]. Идеи относительно дефектов внешности могут встречаться при самых разных психических расстройствах: при шизофрении, депрессии, психопатиях. Например М.В. Коркина считает правильным употреблять термин «дисморфомания», а не «дисморфофобия», и подчеркивает бредовый характер идей несовершенства внешности[2]. В данной главе дисморфофобия будет рассматриваться как отдельный психопатологический синдром, без бреда и галлюцинаций.

4.5.1. Описание синдрома

Тревоги больных дисморфофобией чаще всего связаны с тремя областями тела:

- кожей (прыщики, морщины, пятна, цвет) – около 65% больных;
- волосами (цвет, форма прически, поредение и облысение) – приблизительно 50% больных;
- носом (размер и форма) – 38% больных.

Озабоченность своей внешностью драматическим образом сказывается на поведении больных. *Типичны постоянные проверки своей внешности в зеркале* (вместо него может использоваться любая отражающая поверхность). Одни проводят перед зеркалами долгие часы, другие смотрят на свое отражение лишь украдкой, когда думают, что окружающие этого не замечают. Далеко не во всех случаях отражение заставляет больного страдать. Однако показано, что если в то время, когда он стоит перед зеркалом, у него возникает острый приступ негативных эмоций, это может привести к самоповреждениям или даже попыткам самоубийства.

Больные дисморфофобией избегают семейных праздников и торжественных событий, *опасаясь, что их могут сфотографировать и другие люди увидят эти фотографии*; *будут их обсуждать*. Фотографии, независимо от качества, обычно

---

[1] Phillips, K.A. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? / K.A. Phillips // Psychiatry and Clinic of North Amerika. 1995, № 2; *Phillips, K.A.* Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies / K.A. Phillips // Bullethin of Menninger Clinic. 1998. № 62 (Suppl. A).

[2] *Коркина, М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. М., 1984.

воспринимаются больными как доказательство их «уродства». Интересно, что отношение людей с дисморфофобией к своим снимкам может быть и позитивным, если на снимке не видно ненавистного недостатка. Такие фотографии они называют «удачными»[1].

Как правило, у пациентов с ДМФ *нарушена социальная активность*. Они не хотят ни с кем встречаться, чувствуют себя отгороженными от других людей, некоторые из них даже не покидают свой дом в дневные часы.

Типичным поведением является «*камуфляж*» – больные предпринимают различные меры для того, чтобы сделать незаметными для окружающих те свои черты, которые считают уродливыми. Для этого иногда используются совершенно нелепые средства, например, мужчина, озабоченный формой своего носа, сажал себе на лицо пчел, чтобы они его кусали[2]. Для маскировки используется обильный макияж, особая одежда или специальная укладка волос. В общественных местах эти люди стараются принимать позы, в которых, по их мнению, дефект не заметен. Без маскировки больные позволяют себя видеть лишь особо доверенным лицам[3].

Еще один вид патологического поведения – *проверка по фотографиям, похожи ли они на других людей*. Такие больные часто заходят на порносайты – ведь там человеческие тела выставлены напоказ. Иногда сравнения заставляют их чувствовать себя лучше, иногда – хуже, но в любом случае образуется порочный круг самопроверок, потому что ни одна из них не успокаивает больного окончательно. Больные часто изучают черты своего лица, определяют их соответствие норме по определенным формулам. Это обычно происходит во время чтения журналов или просмотра передач, посвященных уходу за внешностью.

Опасным проявлением дисморфофобии являются *попытки больных скорректировать свою внешность*. Иногда они делают это острыми предметами; иногда пытаются растянуть, сдавить, т.е. изменить «уродливые» части тела, стремясь представить, будет ли это лучше выглядеть. Если, благодаря таким

---

[1] *Slaughter, J.R.* In pursuit of perfection: a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder / J.R. Slaughter // American Family Physician. 1999. № 6.

[2] *Коркина, М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте.

[3] Phillips, K.A. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? / K.A. Phillips // Psychiatry and Clinic of North America. 1995. № 2.

усилиям, им удается подобрать желательное изменение, обращаются к хирургу. При этом пластическому хирургу больные очень точно сообщают, что хотели бы увидеть в зеркале после операции, не доверяя ему решение данного вопроса. Поскольку идеи людей с ДМФ относительно внешности постоянно меняются, они нередко вступают с хирургом в конфликт. Иногда из-за попыток самостоятельно скорректировать свою внешность больные наносят себе серьезные травмы.

Больные предъявляют *чрезмерные, перфекционистские* требования к себе. В результате у них развивается депрессия (до 80% случаев ДМФ). Они сравнивают себя с другими людьми, к которым относятся гораздо более снисходительно.

На рис. 4.2 – автопортрет больной дисморфофобией, сопровождаемый ее комментариями. Портрет отражает критическую и одновременно детализированную оценку собственной внешности.

Рис. 4.2. Автопортрет больной с синдромом дисморфофобии

(Источник: http://www bddcentral.com)

Больные *постоянно требуют утешения* и *разубеждения* в их некрасивости. Одновременно просят близких сказать им, насколько плохо они выглядят. Вот типичный диалог матери и дочери:

«Д.: Мои губы выглядят уродливыми?
М.: Нет.
Д.: Ты уверена?
М.: Уверена, они нормально выглядят.
Д.: Ты говоришь это только потому, что ты моя мама…
М. (потеряв терпение): Ты хоть понимаешь, как тебе повезло? Ведь ты могла родиться с деформированным лицом!
Д.: Угу… (направляется к зеркалу, чтобы снова проверить свою внешность)».

Больные считают, что какие-то другие люди могут страдать дисморфофобией, но лично они действительно выглядят плохо. Сомнения никогда не покидают их. Неважно, что отвечают близкие люди на вопросы – они в это время поглощены собственными идеями.

Остановимся подробнее на наиболее опасных действиях больных *самоампутациях* и *суицидальном поведении*. Совершают суицидальные попытки около 30% больных. К счастью, самоампутация не является распространенным явлением. Вот как рассказывает об этом один из больных:

«Например, вам не нравится ваш подбородок, и вы постепенно приходите к мысли о том, что было бы лучше, если бы вы вообще никогда его не видели. Тогда вы обращаетесь к близким, чтобы обсудить с ними эту идею. По их реакции вы понимаете, что идея плохая, но все еще раздумываете, что бы можно было сделать». (Источник: http://www bddcentral.com)

Больные с дисформофобией демонстрируют *повышенное внимание к негативным оценкам окружающих, игнорируя при этом похвалы*. Если все люди говорят больному, что он выглядит великолепно, и лишь один человек говорит, что он выглядит усталым, то больной считает, что он уродлив, так как у него мешки под глазами. Типичная мысль: «Они со мной не прощаются, потому что у меня уродливый нос». Больные демонстрируют так называемое черно-белое мышление по отношению к своей внешности. Они отличаются нестабильностью образа «я», у них расплывчатое чувство собственной идентичности, они с трудом устанавливают границы общения

с другими людьми, с трудом определяют свои жизненные приоритеты. Пациенты стараются угождать окружающим, и часто люди открыто манипулируют ими.

Своеобразной деталью дисморфофобии, позволяющей отличить этот синдром от нормального поведения, является *озабоченность какой-либо частью тела при полном невнимании к другим аспектам внешности.* Например, больные делают тщательный макияж, но одеваются крайне небрежно.

Образ идеального человека у больных тщательно разработан. Часто это реальный персонаж, причем его внешность может так сильно отличаться от их внешности, что добиться сходства практически невозможно, например, одна девушка хотела выглядеть как мужчина-японец невысокого роста. Больные не осознают нелепости своих идеалов[1].

Острые приступы дисморфофобии. В «хорошие» дни пациенты живут практически нормально и не беспокоятся постоянно по поводу своей внешности, хотя и соблюдают свои привычные ритуалы (они могут чувствовать себя непривлекательными, но это не мешает их повседневной активности).

«Плохой» день отмечен приступами. Обычно приступ начинается с разговора с самим собой, с сомнений в себе, и затем происходит нарастание напряжения. Внезапно возникают чувства ненависти к себе, собственной беспомощности, изоляции от других людей, суицидальные мысли. Приступы длятся от нескольких минут до нескольких часов. Это тяжелое время как для больного, так и для его родственников и друзей. Приступ может начаться где угодно, но чаще всего это происходит в ванной перед зеркалом, когда человек погружен в свои мысли и никто не может на него повлиять. Спровоцировать приступ может чувство реальной или мнимой покинутости, страх (перед визитом к врачу, полетом и т.п.), поведение других людей, если они, например, хотят повысить свою самооценку за счет больного. Иногда мысли больных во время приступов настолько противоречивы, что они вообще не могут сказать, что думают. Во время приступов больные полностью изолируют себя от окружающих, смотрят в одно зеркало

---

[1] *Phillips, K.A.* Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies / K.A. Phillips // Bullethin of Menninger Clinic. 1998.

или перебегают от одного зеркала к другому, смотрят телевизор, разглядывают фотографии в журналах, чтобы сравнить себя с другими людьми. Избавиться от приступов помогает сон.

***Пример 4.3.* Различные варианты синдрома дисморфофобии**

1. Девушка (21 год) озабочена формой своих бедер. Каждое утро она много времени проводит перед зеркалом, бессознательно похлопывая себя по бедрам в попытке сделать их привлекательней. Спрашивает своих подруг, действительно ли ее бедра «жирные». Боится появляться на публике, если на ней нет маскирующей бедра одежды. Подумывает о липосакции, но ее пугает эта процедура.

2. У девушки (23 года) проблема начала развиваться в возрасте около 11 лет с незначительных признаков беспокойства по поводу лица и волос. В течение всего подросткового возраста беспокойство усилилось до такой степени, что пациентка начала проводить по два часа перед зеркалом перед тем, как выйти в школу. Несмотря на все свои старания, она чувствовала себя уродливой. Своему терапевту в 14 лет она сказала: «Думаю, что я уродлива. Я знаю, многие подростки беспокоятся по поводу своей внешности, но в моем случае это не просто беспокойство, это чистая правда» (*Slaughter, J.R.* In pursuit of perfection: a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder / J.R. Slaughter // American Family Physician. 1999. № 6).

4.5.2. Основные факторы возникновения. Психологическая помощь при дисморфофобии

Причины возникновения синдрома дисморфофобии до сих пор неизвестны. Два вида факторов упоминаются в литературе чаще всего:

• *психологические*:

– травмы, связанные с насилием, пренебрежительное отношение окружающих, потери близких и т.п.

– недостаток способностей к выражению и регуляции эмоций;

• *биологические*:

– факторы, отражающие дисбаланс химических веществ.

У больных отмечается дефицит производства серотонина. Поэтому в качестве фармакологического лечения рекомендуется прием антидепрессантов, например прозака.

Основным психологическим подходом к лечению синдрома дисморфофобии является когнитивно-бихевиоральная пси-

хотерапия, направленная на преодоление негативного восприятия тела и устранение патологических ритуалов (самопроверка, камуфляж, коррекция внешности и др.).

Резюме

Главным признаком синдрома дисморфофобии является неадекватная озабоченность больного мнимым телесным недостатком. Эта озабоченность доставляет ему эмоциональные страдания и приводит к значительным нарушениям поведения. Синдром дисморфофобии часто сочетается с депрессией и может способствовать суицидальным реакциям.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

5. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Нейропсихология – это отрасль психологической науки, которая изучает мозговые механизмы высших психических функций. В нейропсихологии можно выделить *клиническое*, *экспериментальное* и *реабилитационное направления*. Собственно клиническая нейропсихология изучает закономерности нарушения и восстановления психических функций при различных поражениях мозга. Клинико-нейропсихологический и патопсихологический подходы к анализу нарушений психической деятельности различны. Если в патопсихологическом подходе нарушения психической деятельности в конечном счете соотносятся с нозологическими категориями, то в клинико-нейропсихологическом – с повреждениями головного мозга. Можно отметить, что повреждение мозга не обязательно означает наличие психического расстройства, и наоборот. Например, при опухоли мозга иногда вполне сохранны познавательные процессы, а при фобии сложно найти органическое повреждение.

Тем не менее, при работе в психологической консультации и в психиатрической клинике психологу необходимо знать основные нейропсихологические синдромы, принципы и методы их диагностики. Это объясняется тем, что, во-первых, многие неврологические расстройства развиваются медленно и вначале проявляются в психопатологических симптомах: тревоге, депрессии, нарушениях сна. Во-вторых, использование отдельных нейропсихологических методов бывает полезно и при патопсихологической диагностике, когда необходимо отделить диффузное органическое поражение мозга от локального.

5.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Чтобы понять, каким образом повреждение головного мозга может привести к нарушениям психических процессов, необходимо рассмотреть общие принципы взаимосвязи мозга и психики.

Концептуальной основой современной нейропсихологии является ***теория системной динамической локализации***

высших корковых функций, разработанная выдающимся советским психологом *А.Р. Лурия*. При ее создании Лурия опирался на идеи *Дж. Х. Джексона* об иерархическом строении мозга и о связи симптома с конкретным мозговым повреждением; концепцию функциональных систем *П.К. Анохина*; положения теории *Л.С. Выготского* относительно развития и распада высших психических функций[1].

Лурия указал на следующие принципы взаимосвязи мозга и психики.

1. *Прежде чем решать вопрос о локализации, необходимо определить, что собой представляет психическая функция.* При анализе ранних работ по локализации становится очевидным, что психические процессы, способности, свойства связывались учеными с работой отдельных участков мозга как целостные образования, без учета их сложной структуры. Не рассматривались уровни организации, виды, варианты протекания, закономерности фило- и онтогенетического развития данных процессов. В результате нейропсихология начала XX в. представляла собой скопление противоречивых фактов. Лурия отмечает, что без развития научных концепций относительно строения и развития, а также механизмов работы психики прогресс нейропсихологии был бы невозможным. Он использовал в качестве общей психологической основы для своей теории понятие высших психических функций. ***Высшие психические функции*** – это сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредованные по психологическому строению и произвольные по способу осуществления. Они обладают свойством пластичности, взаимозаменяемости входящих в них компонентов.

2. *Нельзя связывать психический процесс и анатомические структуры мозга, не учитывая основные принципы их строения и работы*:

– более древние в филогенетическом отношении (отражающие процесс эволюции человека как вида) функциональные структуры сохраняются в мозге, однако при этом уже выполняют другие задачи, обеспечивая фоновые компоненты

---

[1] См.: *Джексон, Дж. Х.* Некоторые замечания по поводу распада нервной системы / Дж. Х. Джексон // Нейропсихология. Тексты. М., 1984; *Анохин, П.К.* Функциональная система / П.К. Анохин // Нейропсихология. Тексты. М., 1984; Выготский Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский. М., 1960.

нервной деятельности. Они принимают участие в работе коры, определяя ее тонус, и в то же время испытывают на себе ее регулирующее влияние. В соответствии с этим выделяют проекционные, ассоциативные, интегративно-пусковые и лимбико-ретикулярные системы мозга;

– мозг построен по принципу вертикальной иерархии: работа каждой психической функции обеспечивается совместной деятельностью различных вертикальных уровней. Обрыв вертикальных связей приводит к более грубому дефекту, нежели обрыв горизонтальных связей между зонами коры. При этом одни уровни являются ведущими, другие – подчиненными. В этой иерархии отмечается определенная избыточность, обеспечивающая большую надежность. Вместе с тем, горизонтальные связи также играют важную роль в обеспечении работы функции;

– работа каждой из мозговых систем носит динамический характер, им присуща определенная приспособительная изменчивость;

– площадь первичной проекционной зоны в коре мозга определяется не линейной площадью соответствующего периферического участка, а его важностью, и, следовательно, требованиями к его управляемости. Чем более управляем тот или иной орган (участок тела), тем шире он представлен в мозговой коре[1].

Таким образом, для решения задач нейропсихологии наиболее важным является не анатомическое строение того или иного участка мозга, а его функция. Выделяют три **функциональных блока мозга**, в соответствии с задачами, которые они решают: регуляции тонуса и бодрствования; получения, переработки и хранения информации; программирования, регуляции и контроля деятельности.

Блок регуляции тонуса и бодрствования. Основу этого блока составляет ретикулярная формация, которая построена по принципу нервной сети. Возбуждение в ней распространяется градуально, т.е. постепенно меняя свой уровень, и, таким образом, модулируя работу всего нервного аппарата. Ретикулярная формация представляет собой вертикально организованную функциональную систему. Ее раздражение вызывает реакцию пробуждения, обостряет чувствительность, и тем

---

[1] *Лурия, А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. М., 1969.

самым оказывает общее активирующее влияние на кору мозга. Существуют возбуждающие и тормозящие отделы ретикулярной формации. Источниками ее активации являются обменные процессы, внешняя стимуляция, а также собственные планы и намерения индивида. Первый функциональный блок мозга работает в тесной связи с корой мозга, в частности с лобными долями. На психологическом уровне работа первого блока связана с функциями внимания и сознания, а также с памятью, эмоциональными и мотивационными процессами.

Блок приема, переработки и хранения информации. Располагается в задних конвекситальных отделах коры, включает в себя структуры зрительной, слуховой и общечувствительной областей. По своему клеточному строению состоит как из клеток коры, так и из клеток подкорковых образований. Основу второго блока составляют проекционные области коры. В нем присутствует также небольшой процент модально неспецифических клеток, работа которых, видимо, заключается в поддержании общего тонуса коры. В коре второго блока выделяются первичные, вторичные и третичные поля. Первичные поля выполняют функцию тонкого анализа стимулов, поступающих на рецепторы, вторичные осуществляют синтез раздражителей, относящихся к одному анализатору. Третичные поля обеспечивают сложные надмодальные виды психической деятельности, например решение интеллектуальных задач. Основными законами работы второго блока можно считать иерархичность, убывающую специфичность и прогрессирующую латерализацию, в результате чего синдромы поражения вторичных и третичных зон субдоминантного полушария отличаются гораздо меньшей степенью выраженности. На психологическом уровне работа второго блока связана с процессами ощущения и восприятия, обеспечением модально специфических форм памяти и мышления, а также афферентной основы движений.

Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Аппараты третьего блока расположены в передних отделах больших полушарий. В этот блок входит двигательная зона коры. Наиболее существенной частью блока являются префронтальные отделы мозга. Они играют решающую роль в регуляции сложных форм поведения, в формировании замысла и построении плана психической деятель-

ности, в контроле за ходом ее исполнения. Префронтальные отделы имеют тесные связи как с другими отделами коры, так и с подкорковыми структурами. Медиальные и базальные отделы префронтальной коры оказывают модулирующее влияние на структуры первого блока. Префронтальные отделы созревают на поздних этапах онтогенеза и фактически надстраиваются над всей корой, выполняя общую функцию регуляции поведения[1].

Каждый из описанных выше блоков выполняет уникальные задачи, и лишь их совместная работа обеспечивает нормальную работу психики. На рис. 5.1 представлена общая структурно-функциональная модель мозга.

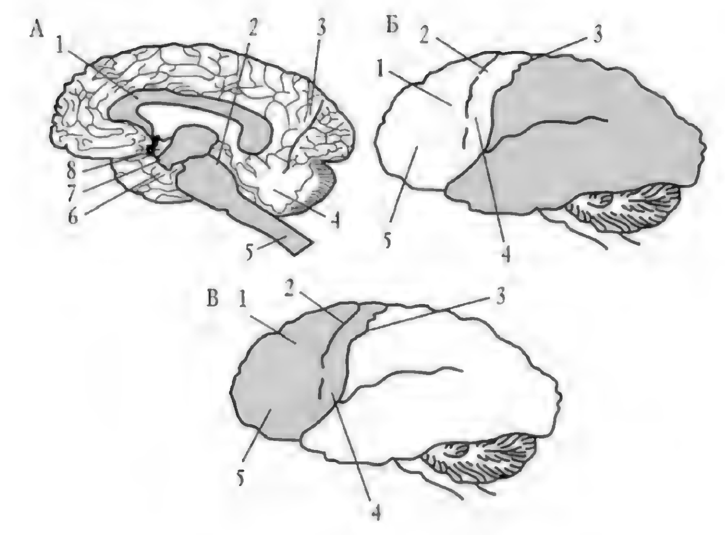

Рис. 5.1. Структурно-функциональная модель мозга по А.Р. Лурия

А – блок регуляции тонуса и бодрствования: *1* – мозолистое тело, *2* – средний мозг, *3* – теменно-затылочная борозда, *4* – мозжечок, *5* – ретикулярная формация ствола, 6 – крючок, 7 – гиппокамп, *8* – таламус; Б – блок приема и переработки информации: *1* – премоторная область, *2* – прецентральная извилина, *3* – центральная извилина, *4* – моторная область, *5* – префронтальная область; В – блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности (обозначения аналогичны блоку Б).

Источник: *Хомская, Е.Д.* Нейропсихология. С. 47.

Все вышеуказанные соображения легли в основу теории системной динамической локализации.

[1] *Хомская, Е.Д.* Нейропсихология / Е.Д. Хомская. М., 1987.

Высшие психические функции не могут быть локализованы в узких зонах коры. На уровне головного мозга их деятельность обеспечивается сложной системой совместно работающих зон, которые могут располагаться в различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках. Локализация высшей психической функции в мозговой коре не является устойчивой, она меняется как по мере развития ребенка, так и при разных способах выполнения функции

Если в начале развития ребенка психическая деятельность имеет относительно простую базальную основу, то в дальнейшем ее строение усложняется. Поэтому, например, в детском возрасте поражение элементарных зон зрительной коры неизбежно вызывает в виде вторичного дефекта недоразвитие надстроенных над ними мозговых образований, чего не происходит во взрослом возрасте.

Соответственно, высшая психическая функция может нарушиться при поражении самых различных участков мозга, но каждый раз это будет происходить по-разному. Любой ограниченный корковый очаг нарушает протекание одних психических процессов, оставляя сохранными другие. Так возникает вопрос об определенном ***факторе***, непосредственно связанном с работой данного мозгового звена.

Фактор – это физиологический процесс, протекающий в определенной мозговой структуре, или, другими словами, это собственная функция данной мозговой структуры

Именно в отношении факторов должен решаться вопрос о локализации. Выделяют несколько групп нейропсихологических факторов:

- *модально-специфические.* Связаны с работой определенных анализаторов. Соответственно, их морфологическим субстратом являются прежде всего вторичные зоны коры больших полушарий. При выпадении этих факторов отмечаются различные дефекты восприятия и произвольных движений, модально специфические нарушения памяти и нарушения тех видов мышления, которые опираются на данную форму восприятия.

• *модально-неспецифические.* Связаны с работой срединных структур мозга. Выделяют два вида таких факторов:

– *инертности-подвижности психических процессов.* Выпадение этого фактора лежит в основе синдрома поражения передних – премоторных, префронтальных отделов мозга. В частности, выпадение этого фактора обусловливает различные персеверации;

– *активации-депривации.* При его выпадении отмечаются адинамия, нарушения произвольного внимания;

• *факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры больших полушарий.* В эту группу входят факторы:

– *программирования* и *контроля* (выпадение которого лежит в основе классического лобного синдрома);

– *симультанной организации психических процессов* (нарушается при поражении третичной зоны на границе теменной, височной и затылочной областей коры);

• *полушарные факторы.* Связаны с работой левого либо правого полушария как уникальных по решаемым задачам зон мозга. Носят характер дихотомий, различающих принципы работы каждого из полушарий. Выделяют четыре группы таких факторов:

– *абстрактного (конкретного) уровня переработки информации;*

– *произвольности (непроизвольности) регуляции психической деятельности.* Произвольный уровень регуляции высших психических функций у правшей связан с работой левого полушария, в то время как автоматизированный уровень – с работой правого полушария. Здесь нелишним будет вспомнить, что произвольная регуляция в немалой степени связана с речью;

– *осознанности (неосознанности).*

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что поражения правого полушария значительно чаще приводят к явлениям анозогнозии. Этот феномен может проявляться в зрительной, тактильной и слуховой сфере, в игнорировании левой половины тела, часто с полным отрицанием имеющегося дефекта;

– *сукцессивной (симультанной) организации высших психических функций.* Сукцессивный принцип работы психической функции связан с ее последовательным развертыванием во времени в соответствии с определенной программой. У правшей сукцессивность обеспечивается работой левого полуша-

рия. Симультанный (гештальтный, целостный) способ переработки информации в большей степени связан с работой правого полушария. Поэтому для больных с левосторонними поражениями в большей степени характерны адинамия, а с правосторонними – трудность объединения различных стимулов в единое целое, например в мелодию, зрительный образ. У последней группы больных наблюдается фрагментарность восприятия, нарушения рисунка. По мнению Е.Д. Хомской[1], пока ждут своего нейропсихологического подтверждения полушарные дихотомии типа «время-пространство», «анализ-синтез» и «знакомое-незнакомое»;

- *факторы межполушарного взаимодействия.* Обеспечивают совместную работу правого и левого полушарий. Эти факторы связаны с работой комиссур мозга – мозолистого тела и др. При выпадении этих факторов наблюдаются так называемые «синдромы расщепления», включающие в себя такие признаки, как дисграфия, аномия, нарушения переноса информации;
- *общемозговые факторы.* Связаны с нарушением общемозговых механизмов – крово- и ликворообращения, гуморальных, биохимических процессов. Эти механизмы обеспечивают работу всего мозга. Выпадение данных факторов приводит к возникновению особых нейропсихологических синдромов, включающих в себя преимущественно динамические нарушения.

Факторы связаны с работой определенных, относительно автономных мозговых систем. Нарушение любого из факторов приводит к развитию уникального по своим характеристикам нарушения различных психических функций, при этом каждая из функций страдает по-своему[2].

Основные положения теории системной динамической локализации были разработаны в середине XX в., и с тех пор появились не только новые методы исследования мозга, но и новые теоретические направления в психологии, в частности когнитивное направление. В.М. Тонконогий[3] указывает на накопившиеся противоречия в описании отдельных нейропсихологических синдромов. Эти противоречия усугубляются дан-

---

[1] *Хомская. Е.Д.* Нейропсихология.

[2] Там же.

[3] *Тонконогий В.М.* Клиническая нейропсихология / В.М. Тонконогий, А. Пуанте. СПб., 2007.

ными, полученными в нейровизуальных исследованиях – особенно при регистрации потенциалов отдельной клетки и функционального ядерно-магнитного резонанса. Кроме того, классическая нейропсихология развивалась в основном с опорой на сведения о четко локализованных повреждениях мозга (опухоли, пулевые ранения и пр.), в то время как в современной практике все больше психологу приходится иметь дело с диффузными поражениями (корковыми и подкорковыми атрофиями, нарушениями мозгового кровоснабжения). Тонконогий отмечает, что систематика нейропсихологических синдромов должна быть основана на функциональных задачах, решение которых обеспечивается разными составляющими мозговых механизмов переработки информации. Вместо понятия «фактор» он предлагает использовать понятие модуля.

Модуль – это функционально-специфическое, ориентированное на определенный тип стимуляции автономное подразделение, которое оценивает информацию, приходящую от нижних отделов мозга

Выделяют модули, занятые переработкой обычной и необычной информации. Переработка обычной информации является хорошо выученной операцией и может осуществляться быстро. Поэтому соответствующие модули достаточно просты, занимают относительно небольшие кортикальные области и построены с некоторым избытком, чтобы компенсировать небольшие мозговые повреждения. Модули для переработки необычной информации требуют использования более подробного набора характеристик, расширенного хранилища памяти. Они являются менее автономными и выполняют следующие задачи:

- восприятие и оценка объектов с неполным набором характеристик;
- решение задачи при необходимости преодолевать стандартный процесс обработки обычной информации (например, пробы на переключение).

Прежде чем мы перейдем к рассмотрению основных нейропсихологических синдромов, следует указать, что нарушения психических функций могут проявляться в форме:

– грубого расстройства (выпадения);
– патологического усиления (ослабления);
– изменения уровня исполнения функции.

Резюме

Одним из ключевых вопросов нейропсихологии является вопрос о локализации психических функций. Решить его невозможно без анализа принципов работы мозга и без привлечения данных общей психологии о том, что собой представляют такие функции. Предложенная А.Р. Лурия теория системной динамической локализации рассматривает их как сложные, прижизненно формирующиеся системы, обладающие иерархичностью строения и свойством пластичности, т.е. взаимозаменяемости входящих в них компонентов. Соответственно, психическая функция обеспечивается иерархической структурой совместно работающих мозговых зон, причем эта структура динамически изменяется в соответствии с конкретным этапом онтогенеза и с решаемой в данный момент задачей. Жестко же связанными с отдельными участками мозга являются нейропсихологические факторы. Модульный подход (В.М. Тонконогий) основан на выделении нейропсихологических синдромов (и соответственно, на определении значения того или иного участка для обеспечения психической функции) по критерию типа и способа переработки информации.

Литература

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. М., 1969.

Тонконогий, В.М. Клиническая нейропсихология / В.М. Тонконогий, А. Пуантэ. СПб., 2007.

Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. М., 1987.

5.2. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Для выявления нарушений личности и психической деятельности в связи с различными по локализации поражениями мозга необходимо использовать особые диагностические приемы. А.Р. Лурия[1] указывал на обязательность синдромного

[1] *Лурия, А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга.

анализа в нейропсихологии, к основным принципам которого относят:

- *качественный подход*. Необходимо не просто показать, что функция нарушена, но и объяснить, как именно, выявить механизм формирования данных нарушений. Для этого следует учитывать не только результат решения задачи, но и ее процесс, проводить анализ обнаруженных затруднений и ошибок;
- *анализ и сопоставление первичных и вторичных дефектов*. Первичные нарушения связаны с выпадением (ослаблением) того или иного фактора, при вторичных дефектах у больных не наблюдается грубых нарушений познавательных процессов, общая структура эмоциональной сферы сохранна;
- *необходимость изучения состава и нарушенных, и сохранных психических функций*. Так, например, при поражении теменно-затылочной области левого полушария как первичный фактор нарушаются пространственный анализ и синтез. В то же время сохранны речевой слух и мнестические процессы.

5.2.1. Синдромы локальных поражений головного мозга

Синдромы локальных поражений мозга включают синдромы поражения задних отделов коры, синдромы поражения передних отделов коры, синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга.

Синдромы поражения задних отделов коры. Задние отделы коры участвуют в обработке модально специфической информации, при их поражении отмечаются расстройства восприятия, модально-специфических видов памяти и тех видов мышления и произвольных движений, которые тесно связаны с восприятием. Специфика конкретного нарушения зависит от локализации поражения:

– *при поражении затылочных и затылочно-теменных отделов* коры отмечаются расстройства зрительного и зрительно-пространственного восприятия (предметная, буквенная, цветовая, лицевая, оптико-пространственная агнозия), нарушения зрительной и зрительно-пространственной памяти, нарушение ориентировки в пространстве, нарушения письма, рисунка и чтения, конструктивная апраксия, амнестическая афазия, нарушения зрительного внимания (игнорирование ле-

вой половины поля зрения), а также нарушения мышления, опирающегося на зрительно-пространственное восприятие*;

при поражении третичной зоны на границе теменных, височных и затылочных областей коры наблюдается грубое нарушение ориентировки в пространстве, пространственно ориентированных действий, нарушения счета, нарушения понимания логико-грамматических конструкций;

при поражении теменной коры возникают тактильные агнозии (астереогноз, агнозия текстуры объекта, пальцевая агнозия, тактильная алексия, афферентная моторная афазия), соматоагнозия, нарушения тактильной памяти, кинестетическая и оральная апраксии, тактильное невнимание;

при поражении левой конвекситальной части височной коры отмечаются сенсорная афазия, трудности в оценке и воспроизведении ритмических структур, вторичные нарушения письма, чтения и устной речи, а также мышления;

при поражении правой конвекситальной части височной коры возникают амузия, аритмия, нарушение восприятия интонационных компонентов в речи;

при поражении медиобазальной части височной коры – нарушения памяти и эмоциональных процессов.

Синдромы поражения передних отделов коры головного мозга.

К передним отделам коры головного мозга относятся премоторные и префронтальные отделы коры. Они осуществляют функцию регуляции деятельности в широком смысле этого слова:

при поражении *премоторных отделов коры* отмечаются нарушения модально-специфического фактора, отвечающего за корковую организацию движений, нарушается подвижность психических процессов, нарушены двигательные автоматизмы, отмечаются персеверации. Наблюдается двигательное невнимание: отключение внимания от одной из работающих рук, чаще левой, при выполнении так называемых «двуручных» проб. При поражении нижних отделов премоторной зоны нарушения распространяются и на речевую моторику, в результате чего возникают динамическая и эфферентная моторная афазия.

при поражении *префронтальных отделов коры* задействованы факторы программирования и контроля, активации-

* Подробное описание афарий, агнозий и других подобных нарушений представлено в работах А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской.

дезактивации и спонтанности-аспонтанности. В зависимости от конкретной локализации поражения выделяют: префронтальные конвекситальные синдромы и префронтальные медиобазальные симптомы. Префронтальные конвекситальные синдромы – это так называемые «классические лобные синдромы», включающие в себя нарушение внутреннего плана деятельности, потерю целесообразности отдельных поведенческих актов, нарушение произвольной регуляции поведения, изменения эмоционально-личностной и мотивационной сферы. Вторично нарушаются частные виды психической деятельности (также за счет нарушения программирования и контроля). Отмечаются регуляторная апраксия (нарушение регуляции движений с помощью речи), потеря задачи при восприятии, при выполнении арифметических операций, при понимании текстов, инертность, наблюдается состояние эйфории или депрессии (что определяется, соответственно, левой или правой стороной поражения); префронтальные медиобазальные синдромы – синдромы, вызванные нарушением модально-неспецифического фактора активации-дезактивации. Центральные дефекты – изменение состояния бодрствования, быстрая истощаемость, колебания эмоционального фона. К типичным эмоциональным нарушениям относятся эйфория или безразличие. Страдает избирательность психических процессов. Отмечается бесконтрольное всплывание побочных ассоциаций, неустойчивость семантических связей, аспонтанность, неадекватная самооценка. При поражениях преимущественно базальной локализации центральное место в структуре синдрома занимают модально-неспецифические нарушения памяти и внимания.

Существуют и смешанные корковые синдромы: лобно-височные, префронтально-премоторные, премоторно-теменные, теменно-височные.

Синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга. Отмечаются нарушения динамики психических процессов, нарушения памяти и эмоциональных процессов, неравномерная продуктивность умственной деятельности, астения, нарушения внимания в виде легкой отвлекаемости, рассеянности, трудностей сосредоточения, колебания уровня сознания. Однако при этом у больных не наблюдаются грубые нарушения познавательных процессов, за исключением нарушений памяти, которые в данном случае носят модально-неспецифический ха-

рактер. Хотя общая структура эмоциональной сферы сохранна, больные могут быть повышенно возбудимы.

Таким образом, можно выделить основные отличия между больными, у которых срединные неспецифические структуры страдают на уровне медиобазальных отделов коры, и теми больными, у которых данные структуры повреждены на нижележащих уровнях. При корковых поражениях нарушения сознания приобретают постоянный характер, нарушения эмоций и личности выражены сильнее, модально-специфические нарушения памяти проявляются и при работе с семантически организованной (осмысленной) информацией, а ошибки при воспроизведении приобретают характер отчетливых конфабуляций. При поражении лобных отделов отмечаются нарушения произвольной регуляции поведения. У больных с подкорковыми поражениями способность к произвольной регуляции поведения принципиально сохранна.

5.2.2. Особенности нейропсихологических синдромов при сосудистых поражениях мозга

Психологи *Н.К. Корсакова* и *Л.И. Московичюте* указывают на специфику сосудистых поражений мозга. Необходимо учитывать:

- что различные мозговые структуры обслуживаются одним и тем же сосудистым бассейном, поэтому нарушения в одной артерии могут привести к нарушениям работы самых различных психических функций;
- нарушения мозгового кровообращения характеризуются различными патогенетическими механизмами;
- нарушения психических функций могут быть обусловлены в том числе и компенсаторными процессами в сосудистой системе.

В целом нейропсихологические синдромы при сосудистых поражениях мозга отличаются мозаичным и диффузным характером, зачастую нестабильной динамикой. В диагностических целях авторы выделяют четыре группы нейропсихологических синдромов нарушений мозгового кровоснабжения: *общемозговые, артериальных аневризмов, артериовенозных аневризмов, окклюзирующих*[1] (в данном контексте – связанных

[1] *Корсакова, Н.К.* Клиническая нейропсихология / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. М., 1988.

с сужением просвета сосудов). К последней группе относятся *нейропсихологические синдромы при дисциркуляторной энцефалопатии и при преходящих нарушениях мозгового кровоснабжения*, вызванных спазмами сосудов головного мозга.

Дисциркуляторная энцефалопатия – постепенно прогрессирующие органические изменения мозговой ткани вследствие хронической мозговой сосудистой недостаточности, обусловленной различными сосудистыми заболеваниями – гипертонической болезнью, атеросклерозом и др.

При дисциркуляторной энцефалопатии наблюдаются: дефицитарность зрительно-конструктивной деятельности; нарушения динамики психических процессов в виде снижения темпа, продуктивности и работоспособности, неустойчивости внимания и инертности в интеллектуальной деятельности; нарушения памяти на текущие события.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения в течение суток могут претерпевать обратное развитие, однако нейропсихологическое обследование больного позволяет обнаружить дефицит и в более поздние сроки. Обычно такие нарушения проявляются синдромами поражения теменной, премоторной и затылочной областей коры.

В целом при нейропсихологическом исследовании в этих случаях необходимо учитывать зоны васкуляризации головного мозга.

С детальными описаниями соответствующих синдромов, а также с методами их диагностики можно ознакомиться в литературе, рекомендованной для дальнейшего изучения.

Резюме

Нейропсихологическая диагностика основана на синдромном анализе, главными принципами которого являются качественный подход к интерпретации результатов, выделение первичных (непосредственно связанных с очагом поражения) и вторичных дефектов, сопоставление сохранных и нарушен-

ных психических функций. При поражениях задних отделов коры в наибольшей степени страдает восприятие и связанные с ним виды психической деятельности (например, модально-специфическая память). При поражении передних отделов нарушаются способности к планированию и контролю деятельности, а также ее динамика. При поражении срединных неспецифических структур мозга страдают память, внимание и сознание. При сосудистых поражениях мозга характер синдрома определяется тем, какие участки мозга снабжает поврежденная часть кровеносной системы.

Литература

Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. М., 1988.

Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. М., 1987.

6. СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

6.1. ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ПРЕСТУПЛЕНИЕ

По мнению многих людей, все психически больные представляют опасность для окружающих. Однако статистика свидетельствует о том, что эта точка зрения не соответствует действительности. Одного лишь наличия психического расстройства недостаточно для того, чтобы спровоцировать человека на преступление. Например, согласно и отечественным, и зарубежным данным, наибольшую опасность с точки зрения совершения насильственных действий представляют молодые мужчины с низким социально-экономическим статусом в возрасте 18–24 года, а не психически больные[1].

Для прогнозирования степени общественной опасности психически больных важен не столько диагноз, сколько структура психопатологического синдрома, преморбидные особенности личности, пол, возраст, образование и трудовая квалификация, степень социальной дезадаптации; наличие склонности к антисоциальному поведению до болезни. Прямая зависимость между наличием болезни и агрессивным реагированием наблюдается только при тех психических расстройствах, где утрачивается контакт личности с реальностью. В целом же факторы, связанные с противоправным поведением больных, практически аналогичны тем, что действуют на здоровых людей. Так, при анализе случаев убийств, совершенных психически больными, были выявлены следующие особенности данной выборки, по сравнению с другими лицами, направленными на судебно-психиатрическую экспертизу:

- невысокий уровень образования;
- отсутствие семьи;
- проблемы в межличностных отношениях;
- воспитание в условиях гиперопеки и безнадзорности[2].

---

[1] *Walsh, E.* Violence in society. Contribution of mental illness is low / E. Walsh, T. Fahy // British Medical Journal. 2002.

[2] См.: *Шостакович, Б.В.* Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов // Агрессия и психическое здоровье. СПб., 2002.

Аналогичным образом, по данным Ф.В. Кондратьева и других, предикторами агрессии при шизофрении являются делинквентное поведение в детстве, низкий социоэкономический статус, безработица, злоупотребление психоактивными веществами[1].

Таким образом, проблема преступности имеет как клинико-психологический, так и социально-психологический аспекты.

Клинико-психологический подход направлен на выявление обусловленных болезнью изменений личности и психических процессов, которые могут привести к преступным действиям. Статистические данные свидетельствуют, что чаще всего совершают насильственные преступления больные с шизофренией, органическими поражениями мозга, расстройствами личности, зависимостью от психоактивных веществ, умственной отсталостью. Все эти расстройства при неблагоприятном их развитии приводят к значительным изменениииям эмоциональной, волевой и мотивационно-потребностной сфер, к снижению критичности и самоконтроля, к нарушению межличностных отношений и повышенной конфликтности. Кроме того, при шизофрении, органических поражениях мозга, алкоголизме и наркомании могут возникать нарушения сознания (делирий, сумеречное состояние) и психозы с бредом и галлюцинациями. Наконец, в случае органических поражений мозга и умственной отсталости отмечается ослабление интеллектуальных способностей. Все перечисленные выше нарушения могут способствовать антисоциальным действиям.

Б.В. Шостакович и В.В. Горинов полагают, что по степени опасности для окружающих на первом месте находятся синдромы помрачения сознания, далее следуют галлюцинаторно-бредовые и аффективные расстройства. Наименьшую опасность представляют больные с преобладанием астенического симптомокомплекса в картине болезни[2]. Пример 6.1 описывает преступление, совершенное больным эпилепсией.

---

[1]. *Кондратьев, Ф.В.* Шизофрения и убийство: новые ракурсы проблемы / Ф.В. Кондратьев, С.Н. Осколкова, В.Г. Василевский // Агрессия и психическое здоровье. СПб., 2002.

[2] *Шостакович, Б.В.* Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы.

Пример 6.1. Хулиганские действия у больного с выраженными изменениями личности и психических процессов по эпилептическому типу

«Е., 22 года, обвинялся в хулиганских действиях на улице и оказании сопротивления работникам милиции. … В возрасте 10 лет у него впервые возник большой судорожный припадок с прикусом языка и потерей сознания. … В последние годы наряду с большими припадками наблюдались и малые. Иногда возникали приступы тоскливо-злобного настроения со стремлением покончить жизнь самоубийством. Дома был крайне тяжел, эгоцентричен, вступал в драки с братьями, «набрасывался» на сестру, если кто-либо из них трогал или перемещал его вещи. В день правонарушения он очень рассердился на сестру, которая воспользовалась его зубным порошком, выбежал на улицу. Там … беспричинно приставал к подросткам-соседям, избивал их ногами. Нанес два удара кулаком по лицу гражданину, заступившемуся за них. … Во время экспертизы напряжен, злобен, легко раздражается, возмущен «несправедливым» к нему отношением» (*Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия / Г.В. Морозов [и др.]; под ред. Г.В. Морозова и Д.Р. Лунца. М., 1971. С. 219).

Исследования, проведенные на американской, датской и британской выборках привели практически к аналогичным результатам. Основная доля правонарушений, совершаемых психически больными, приходится на людей, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, а также на категорию больных психозами и расстройствами личности[1].

Социально-психологический подход акцентирует внимание на выявлении тех характеристик макро- и микросоциального окружения, а также личности больного, которые облегчают или блокируют агрессивное поведение. Некоторые из этих факторов были перечислены выше. На наш взгляд, основной социально-психологической проблемой, повышающей риск преступности среди лиц с психическими расстройствами, является социальное отвержение и связанное с ним отсутствие социальной поддержки (как межличностной, так и профессиональной), которое в конечном счете приводит к изоляции и дезадаптивному поведению. Это отвержение не обязательно является следствием жестокости или недостаточной чуткости людей, скорее, оно вызвано недостатком знаний о причинах психических расстройств и следующим из этого неумением правильно построить отношения с психически больными людьми. Приведенный ниже пример 6.2 иллюстрирует это положение.

[1] *Walsh, E.* Violence in society. Contribution of mental illness is low.

Пример 6.2. Антисоциальное поведение пациента с шизофренией

Ричард – 49-летний афроамериканец, не женат; вырос в бедном и опасном районе Чикаго, младший из тринадцати детей. Случаев психических расстройств в семье не наблюдалось, однако братья Ричарда арестовывались за торговлю наркотиками и кражи.

Мать пациента умерла, когда ему было 27 лет, а отец – спустя год после смерти жены. Со своими братьями и сестрами Ричард отношений не поддерживает.

Ричард имеет незаконченное среднее образование, его отчислили из школы за проблемное, странное поведение. У него нет профессии, в настоящее время он получает пенсию по инвалидности, а до этого занимался неквалифицированными физическим трудом. Уже восемь лет он не имеет постоянного места жительства.

За последние двадцать лет у него было 27 принудительных госпитализаций (в общей сложности он провел в больнице 11,5 лет) и 84 ареста. Все они связаны со странным, неадекватным, а зачастую и агрессивным поведением пациента, бродяжничеством и нарушением границ частной собственности. Ричард страдает недифференцированным типом шизофрении и испытывает слуховые псевдогаллюцинации, на которые он пытается реагировать физической агрессией. Одним из типичных правонарушений Ричарда являются визиты в дом, где он вырос, каждый раз, когда оказывается без крыши над головой. Ричард убежден, что его родители не только живы, и он поддерживает с ними духовную связь, но и проживают по старому адресу. Скандалы с новыми жильцами – частая причина арестов. Под влиянием галлюцинаций и других психиатрических симптомов Ричард может быть физически опасен для окружающих. Так, когда ему было 20 лет, он шесть раз ударил ножницами свою мать и угрожал убить детей, за которыми она присматривала в качестве няни, так как не смог найти свою одежду и удостоверение личности и решил, что их украли. В целом преступное поведение пацента можно характеризовать как импульсивное, непреднамеренное (*Lurigio, A.J.* Individuals with serious mental illness in the criminal justice system. The case of Richard P. / A.J. Lurigo, J. Fallon // Clinical Case studies. 2007. V. 6, № 4. P. 362–378).

А. Лариджио и Дж. Фэллон называют данный случай типичным примером постепенной «криминализации» психически больного, который, покидая психиатрическую клинику, каждый раз остается без социальной поддержки. Показательно, что в больнице поведение Ричарда нормализуется, и он практически никогда не нарушает режим, охотно идет на контакт с персоналом.

Большинство авторов, рассматривая проблему преступности среди психически больных, указывают на повышение риска совершения насильственных действий в случае сочетания

особых психопатологических синдромов (см. выше) и неблагоприятных социально-психологических характеристик среды. Например, для Ричарда это сочетание симптомов недифференцированной шизофрении, а также явный недостаток поддерживающего лечения и социальной помощи. Значительную роль играет коморбидность, т.е. сочетание одного психического расстройства с другим. Так, в случае любых психических расстройств злоупотребление психоактивными веществами способствует антисоциальному поведению больного.

Важно понимать, что психически больные могут не только совершить преступление, но и стать его жертвой. Чаще всего в их отношении совершаются насильственные или развратные действия, а также корыстные преступления с целью завладения имуществом[1]. Кроме того, больные могут совершать правонарушения под воздействием других лиц, не отдавая себе отчета в их тяжести[2].

Резюме

Наибольший риск с точки зрения совершения преступлений характерен для больных шизофренией, органическими поражениями головного мозга, зависимостью от психоактивных веществ и расстройствами личности. Вместе с тем, наибольшее прогностическое значение имеет не диагноз, а содержание основного психопатологического синдрома, личностные особенности и степень социальной дезадаптации больного.

Литература

Агрессия и психическое здоровье; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостакович. СПб., 2002.

Антонян, Ю.М. Криминальная патопсихология / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. М. – Л., 1991.

Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб, 2002.

---

[1] *Антонян, Ю.М.* Криминальная патопсихология / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. М., 1991.

[2] *Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия / Г.В.Морозов [и др] / под ред. Г.В. Морозова и Д.Р. Лунца. М., 1971.

6.2. СФЕРА КОМПЕТЕНЦИИ, ВИДЫ И МЕТОДЫ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

6.2.1. Критерии невменяемости

Во время расследования преступлений и правонарушений, а также в ходе судебного процесса довольно часто возникает необходимость ответить на вопрос о том, могли ли задействованные в данной ситуации лица в полной мере осознавать последствия своих поступков и руководить ими. При этом большинство экспертов согласны, что юридический термин «невменяемость» не является синонимом термина «психическое расстройство», и сам по себе факт наличия такого расстройства не означает обязательного освобождения от уголовной и гражданской ответственности.

В XVIII–XIX вв. психиатры и юристы пытаются сформулировать первые критерии невменяемости, каждый из них основан на конкретном случае. Ниже приводятся несколько таких критериев.

Разработке «*правила МакНагтена*» способствовало преступление, совершенное в 1843 г. в Англии. МакНагтен убил секретаря британского премьер-министра. Так как подсудимый страдал явной манией преследования, присяжные освободили его от наказания на основе невменяемости. Однако общественность была возмущена этим решением, в результате было выдвинуто требование установить более четкие критерии невменяемости. Согласно правилу МакНагтена, для того чтобы человека признали невменяемым, недостаточно психического расстройства, он должен быть не в состоянии отличать правильное от неправильного[1].

Правило непреодолимого импульса. Согласно данному правилу, человек признается невменяемым, если он неспособен контролировать свои действия. При применении этого критерия не имеет значения, сознавал ли человек, что он поступает неправильно, главное – отсутствие возможности выбирать поведение и контролировать его[2].

---

[1] *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Правило Дархема. Обвиняемый не несет ответственности, если противозаконное действие явилось результатом психического заболевания. Впоследствии правило Дархема было уточнено. Для его уверенного применения должны наличествовать пять условий: психическое заболевание; отсутствие нормальных умственных способностей; неспособность правильно применять свои умения; непонимание неправильности своих действий; неспособность подчинить свои действия требованиям закона (как считает Р. Комер, выдвижение последнего из условий связано с желанием оставить деяния, совершенные социопатами, в рамках уголовного законодательства)[1].

***Стандарт Американского института права*:** «обвиняемый не несет уголовной ответственности, если в момент совершения действия он, вследствие психического заболевания или дефекта, не обладал «общими способностями», необходимыми либо для понимания криминального характера своих поступков, либо для приведения своего поведения в соответствии с требованиями закона»[2].

Применение этих критериев является непростой задачей, поэтому неудивительно, что эксперты защиты и обвинения часто противоречат друг другу.

Понятие невменяемости указывает на совокупность условий, которые исключают юридическую ответственность лица вследствие нарушений психической деятельности, вызванных болезнью. Признание невменяемости означает признание того факта, что человек в момент совершения преступления не мог отдавать отчета в своих действиях или руководить ими вследствие наличия хронического психического расстройства, временного расстройства душевной деятельности или иного болезненного состояния. При этом психическое заболевание может иметь разную степень выраженности и, следовательно, быть связано с разной степенью вменяемости. Выделяют медицинские (биологические) и юридические (психологические) критерии невменяемости.

Медицинские критерии вырабатываются с опорой на оценку болезненного характера психических расстройств, необходимо достоверно установить вид и время начала психического

[1] *Ромер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.
[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

расстройства, определить степень нарушений психической деятельности и сопоставить их с особенностями совершенного преступления. Кроме того, следует разделить болезненные и неболезненные состояния.

В свою очередь, *юридический* (*психологический*) *критерий* невменяемости основывается на оценке возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Юридический критерий подразделяется на два признака – интеллектуальный (невозможность отдавать отчет в своих действиях) и волевой (невозможность управлять своим поведением)[1]. Ниже приводится квалификация невменяемости, уменьшенной вменяемости и аффекта согласно Уголовно-процессуальному кодексу Республики Беларусь:

Статья 28. Невменяемость

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло сознавать фактический характер и общественную опасность своего действия (бездействия) или руководить им вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики.
2. К лицу, признанному невменяемым, судом могут быть применены принудительные меры безопасности и лечения.

Статья 29. Уменьшенная вменяемость

1. Лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии уменьшенной вменяемости, т.е. не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие болезненного психического расстройства или умственной отсталости, не освобождается от уголовной ответственности.
2. Состояние уменьшенной вменяемости может учитываться при назначении наказания или иных мер уголовной ответственности, а также служить основанием для применения к лицу принудительных мер безопасности и лечения.

Статья 31. Совершение деяния в состоянии аффекта

Уголовная ответственность за деяние, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством, тяжким оскорблением или иными противозаконными или грубыми аморальными действиями потерпевшего либо длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, когда лицо не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими, наступает лишь в случае умышленного причинения смерти, тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения (Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь. С. 611).

---

[1] *Морозов, Г.В.* Судебная психиатрия.

Для решения вопроса о невменяемости назначаются судебно-психологическая, судебно-психиатрическая или комплексная психолого-психиатрическая экспертизы.

6.2.2. Особенности судебно-психологической экспертизы

Судебно-психологическая экспертиза начала развиваться во второй половине XIX в., тогда же в обиход был введен термин «судебная психология». Первые экспертизы были проведены в Западной Европе К. Марбе, В. Штерном, А. Бине. В России начало развития судебно-психологической экспертизы связывают с именами Е.В. Владимирова, А.У. Фрезе, В.М. Бехтерева, А.Е. Брусиловского[1].

М.М. Коченов полагает, что к компетенции судебно-психологической экспертизы можно отнести оценку:

- способности обвиняемых, свидетелей и потерпевших правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правдивые показания. Здесь необходим учет индивидуально-психологических и возрастных особенностей, уровня интеллектуального и личностного развития. В том случае, если речь идет о наличии психического расстройства, такая оценка проводится в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы;
- наличия состояния физиологического аффекта;
- возможности возникновения различных психических явлений, препятствующих нормальному осуществлению профессиональных функций;
- наличия у лица, совершившего суицидальную попытку, соответствующей предрасположенности.

Автор считает данный перечень приблизительным, поскольку он не очерчивает все сферы компетенции психолога[2].

И.А. Кудрявцев выделяет в качестве задач психолого-психиатрической экспертизы оценку эмоциональных состояний; индивидуально-психологических особенностей личности;

[1] См.: *Нагаев, В.В.* Основы судебно-психологической экспертизы / В.В. Нагаев. М., 2003.

[2] *Коченов, М.М.* Судебно-психологическая экспертиза / М.М. Коченов. М., 1977.

уровня психического развития несовершеннолетних, психопатов и олигофренов[1].

Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан отмечают, что во многих случаях речь идет о комплексной психолого-психиатрической экспертизе. В ее задачи входит установление:

- аномального состояния, такого как психическое заболевание, слабоумие, временное болезненное расстройство психической деятельности;
- некоторых способностей участников судебного процесса, которые важны для рассмотрения дела, а именно способности отдавать отчет в своих действиях или руководить ими; правильно воспринимать факты, имеющие значение для дела; давать правдивые показания; давать отпор преступнику[2].

Общей целью психолога эти авторы полагают характеристику личности, психических способностей и функций участников судебного процесса.

К числу основных методов судебно-психологической экспертизы относят эксперимент, наблюдение, интервьюирование, изучение материалов дела, изучение продуктов деятельности (письма, рисунки, дневники), ретроспективный анализ поведения потерпевшего[3]. Изучение материалов дела направлено на выявление данных, характеризующих психологические особенности личности подзащитного, его поведение в момент совершения преступления, его отношение к событиям. М.М. Коченов выделяет также биографический метод, который в данном контексте понимается как прослеживание на основе интервью и знакомства с материалами дела основных этапов онтогенеза, что позволяет наиболее полно охарактеризовать личность подэкспертного[4]. В целом можно констатировать, что в ходе судебно-психологической экспертизы используются классические методы патопсихологической и общей психодиагностики.

---

[1] *Кудрявцев, И.А.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И.А. Кудрявцев. М., 1988.

[2] *Антонян, Ю.М.* Криминальная патопсихология / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. М., 1991.

[3] *Нагаев, В.В.* Основы судебно-психологической экспертизы.

[4] *Коченов, М.М.* Судебно-психологическая экспертиза.

6.2.3. Судебно-психологическая экспертиза аффекта

Одной из важных задач судебно-психологической экспертизы является диагностика состояния аффекта на момент совершения преступления.

Аффект – кратковременное, внезапно возникающее эмоциональное состояние, характеризующееся грубыми нарушениями сознания и поведения.

Л.М. Балабанова полагает, что в процессе данной диагностики необходимо учитывать отношения потерпевшего и обвиняемого, значимость совершенных потерпевшим действий для обвиняемого, наличие алкогольного опьянения[1]. М.М. Коченов указывает на индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к возникновению аффекта, К ним относятся:

- комплекс врожденных свойств нервной системы (слабый тип нервной системы, легкая возбудимость, повышенная чувствительность к раздражителям, нередко – инертность нервных процессов);
- высокая, но недостаточно устойчивая самооценка;
- молодой или пожилой возраст.

Основные *этапы диагностики аффекта* включают в себя оценку следующих факторов:

- ситуации, которая привела к совершению противоправных действий;
- устойчивых особенностей личности обвиняемого, предрасполагающих к аффективному реагированию;
- психофизиологического состояния субъекта в момент совершения преступления;
- поведения в момент совершения преступления;
- поведения после совершения преступления;
- отношения к содеянному[2].

Некоторые категории дел требуют тщательного анализа даже в том случае, если речь не идет о физиологическом аф-

[1]. *Балабанова, Л.М.* Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л.М. Балабанова. Д., 1998.

[2] *Коченов, М.М.* Судебно-психологическая экспертиза.

фекте. Согласно уголовному кодексу, смягчающим вину обстоятельством является не только аффект, но и *состояния сильного душевного волнения*, правда, лишь в том случае, если они были спровоцированы противоправными или аморальными действиями потерпевшего. Большинство психологов отмечает, что по смыслу термин «состояние сильного душевного волнения» шире, нежели психологическое понимание термина «аффект». В эту категорию включаются эмоциональные состояния, связанные с накоплением длительного эмоционального напряжения, но не обязательно носящие взрывной характер[1].

Главная особенность аффекта, имеющая значение для судебной практики, – это нарушение сознательного контроля собственных действий. Аффект переживается индивидом пассивно, как нечто, захватившее его извне.

В развитии физиологического аффекта выделяют *три фазы*:

- *подготовительную*. Наступает у обвиняемых после оскорбляющих, насильственных действий потерпевшего. Человек переживает безысходность сложившейся ситуации, а также ее неожиданность и неспособность с ней справиться. Постепенно эта ситуация начинает доминировать в структуре сознания, а поведение обвиняемого все больше и больше теряет свободу.

- *аффективного взрыва*. Именно ее непрофессионалы называют аффектом. Внимание сужается и концентрируется на источнике аффекта, отмечаются явления дереализации, понижения чувствительности. Восприятие ситуации фрагментарное. Человек не замечает простых, очевидных способов достижения цели, поэтому действует напролом либо автоматически, причем действия направлены на источник аффекта. Упрощается структура деятельности. Поведение на стадии аффективного взрыва не соответствует нормальному стереотипу действий индивида. Снижение произвольности действий сопровождается усилением их энергетики. Нарушаются экспрессивная и коммуникативная стороны речи;

- *истощения*. Характеризуется астенией, чувством внутренней опустошенности, раскаяния и жалости[2].

---

[1] *Балабанова, Л.М.* Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений).

[2] *Кудрявцев, И.А.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Аффекты разделяются на нормальные (физиологические) и патологические. В свою очередь, нормальные аффекты делятся на взрывные и кумулятивные.

Классический (взрывной) аффект – стремительная, бурно протекающая эмоциональная реакция взрывного характера, сопровождающаяся резкими, но не психотическими, изменениями психической деятельности (пример 6.3).

При *кумулятивном аффекте* первая фаза значительно растянута во времени, что объясняется длительным развитием психотравмирующей ситуации, с накоплением у обвиняемого эмоционального напряжения[1].

Пример 6.3. Насильственные действия в состоянии физиологического аффекта

Было установлено, что офицер С. после дежурства, имея при себе пистолет, около полуночи пришел домой. Попробовал открыть дверь в квартиру своим ключом и убедился, что она заперта на два замка, а не на один, как обычно. С. достал другой ключ и стал открывать второй замок. В этот момент он услышал в квартире легкий шум и голос своей жены, говорившей кому-то: «Прячься, прячься». Когда С. вошел в квартиру, он увидел в коридоре возле двери в комнату жену, как показалось С., чем-то взволнованную. У С. появилась мысль, что жена кого-то прячет в квартире. Такое предположение имело под собой основание, потому что еще за четыре года до описываемых событий С. узнал об интимных отношениях жены с их общим знакомым З. Несмотря на то что жена обещала порвать эти отношения, С. все время подозревал ее в неверности. Не обращая внимания на уверения жены, что в квартире никого из посторонних нет, С. начал быстро осматривать квартиру и приблизился к шторе, отделявшей часть коридора, ведущую к двери соседки. Увидев это, жена ушла в комнату и заперла дверь на замок, тогда у него окончательно созрела уверенность, что за шторой находится З., и родился план действий. С. намеревался, угрожая пистолетом, задержать З. и предать гласности его поступки. Отдернув штору, С. увидел, что за ней действительно стоит З., который, вопреки ожиданиям, не испугался, а в ответ на требование С. выйти назвал его «сопляком» и стал приближаться к нему с криком: «Стреляй! Стреляй!» Ошеломленный С. попятился к стене и с расстояния 2,5 м произвел четыре выстрела, нанеся ранения, от которых З. скончался на месте. Как только З. упал, С., желая, по его собственным словам, убить и жену, одним ударом ноги выбил запертую дверь, ворвался в комнату, но, увидев на

[1] *Балабанова, Л.М.* Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений).

руках у жены их маленькую дочь, стрелять не стал. На шум из своей комнаты прибежала соседка. С. попросил ее вызвать скорую помощь, а сам вернулся на службу, откуда позвонил своему начальнику и сообщил ему, что убил человека (*Коченов, М.М.* Судебно-психологическая экспертиза).

Источник: http://gurpsy.fatal.ru/help/bib/spe/06.htm.

Анализируя этот случай, М.М. Коченов отмечает некоторые критерии, которые были использованы психологами для диагностики состояния физиологического аффекта. Во-первых, психотравмирующая ситуация формировалась длительно, С. хотел «поймать» З., предать его поведение гласности и добиться раскаяния. З., однако, стал вести себя неожиданно, что не дало С. возможности реализовать имевшуюся программу действий при наличии непреодолимой потребности разрешить ситуацию. Во-вторых, особенности личности С. (инертность и негибкость в поведении, злопамятность) способствовали накоплению негативных эмоций. В-третьих, поведение С. в момент совершения преступления было значительно измененным. Он, не обладая особой физической силой, одним ударом открыл запертую дверь, умея отлично стрелять, вместо одного выстрела (уже смертельного) произвел четыре, его внешний вид и голос были неузнаваемы до такой степени, что соседка, услышав его из-за запертой двери, решила, что в квартире находится посторонний человек.

Патологический аффект рассматривается как кратковременное, внезапно возникающее психотическое расстройство, сопровождающееся:

- сумеречным состоянием сознания;
- бурным возбуждением и бессмысленной агрессией;
- полной или почти полной последующей амнезией совершенных действий;
- стадией сильного истощения с глубоким сном[1].

Известно, что есть личности, у которых аффект протекает в измененной форме, но не доходит до уровня патологического (пациенты с расстройствами личности, больные алкоголизмом и др.). Поэтому во многих случаях при установлении состояния аффекта необходима комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

---

[1] *Кудрявцев, А.И.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Резюме

Невменяемыми признаются судом лица, которые на момент совершения преступления не могли сознавать значение своих действий и руководить ими. Судебно-психологическая экспертиза проводится с целью выявления психологических факторов, исключающих или ограничивающих вменяемость подсудимого, либо психологических особенностей свидетелей и жертвы, имеющих значение для судебного процесса.

Литература

Беломестнова, Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. СПб., 2003.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Юридическая психология / Составление и общая редакция Т.Н. Курбатовой. СПб., 2001.

7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

7.1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ

Несмотря на успехи современной медицины и клинической психологии, не во всех случаях удается добиться полного выздоровления. Некоторые болезни длятся годами, существенно меняя жизнь человека и вынуждая его приспособиться к новым обстоятельствам. Так, в отношении многих психических расстройств (шизофрения, эпилепсия, умственная отсталость) речь может идти не об исцелении, а о контроле приступов, реабилитации и специально организованном обучении.

Реабилитация – комплексная система помощи больному, направленная на максимально полное восстановление его способностей, повышение качества жизни, улучшение социальной адаптации, интеграцию в общество, предотвращение развития стойких нарушений личности и негативных изменений жизненного стиля

Реабилитация направлена не на устранение симптомов, т.е. на сферу патологии, а на психосоциальную сферу (достижение чувства самоуважения и компетентности, восстановление профессиональных навыков и навыков межличностного взаимодействия). Как писал в свое время К. Ясперс, «человек не просто пассивно приспосабливается к рамкам условий, диктуемых биологическим процессом болезни, но при постоянном и верном направлении способен их до известной степени преодолевать, оставаясь в русле нормального, обращенного к своей сущности развития»[1].

В зависимости от конкретных целей, выделяют физическую, психологическую, социальную реабилитацию. Наиболее эффективным процесс реабилитации будет в том случае, когда применяется комплексный подход[2].

---

[1] *Ясперс, К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997. С. 194.

[2] *Кабанов, М.М.* Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исслдования. 2001. Т. 1. Вып. 1; *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации / Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох // Клиническая психология. СПб., 2002; *Lavender, A.* Rehabilitation / A. Lavender, F.N. Watts // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by Lindsay S., Powell G. New York, 1995.

Как отмечает М.И. Кабанов, «реабилитация представляет собой не только конечную цель – восстановление личного и социального статуса… не только процесс, ускоряющий саногенез, имеющий свои нейрофизиологические и психологические параметры, но и метод подхода к больному человеку, характеризующийся четырьмя принципиальными положениями: принцип партнерства; разносторонность …усилий, воздействий и мероприятий, направленных на разные сферы жизнедеятельности реабилитируемого; принцип единства биологических …и психосоциальных …методов воздействия; ступенчатость»[1].

В разделе речь пойдет в основном о реабилитации психически больных, поскольку отмечается явный недостаток общественного внимания к этой социальной группе, в то время как лица, получившие инвалидность в результате соматического заболевания, имеют, на наш взгляд, больше шансов адаптироваться в обществе (их проблемы будут рассмотрены в главе 7.3).

Реабилитация психически больных тесно связана с наметившейся в последнее время тенденцией к ***деинституционализации*** (переориентации системы оказания психиатрической помощи со стационарного лечения к амбулаторному). Движение за деинституционализацию было развернуто сторонниками антипсихиатрии, немаловажную роль в его широком распространении сыграли и открытые судебные процессы середины XX в. по поводу злоупотреблений при лечении душевнобольных. Поддержка этого движения многими специалистами и общественными деятелями вызвана тем, что длительное содержание психиатрических пациентов в больницах приводит к нарастанию у них пассивности и социальной дезадаптации, к появлению вторичных нарушений личности[2]. Кроме того, современные антипсихотические препараты позволяют многим больным жить самостоятельно. Вместе с тем, сама по себе выписка из больницы может нанести пациенту вред, если он к ней будет не готов. Неожиданным последствием деинституционализации явились резкое увеличение числа бездомных и рост преступлений, совершаемых психически больными. Для того чтобы этого избежать, необходимы серьезная психологическая, организационно-методическая и финансовая под-

[1] *Кабанов, М.М.* Реабилитация в контексте психиатрии. С. 9–10.

[2] *Уорнер, Р.* Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации / Р. Уорнер. Киев, 2004.

держка социальных служб, а также психически больных и членов их семей.

Интеграция человека в социум невозможна без создания вокруг него дружелюбной и стимулирующей среды[1]. Поэтому ключевым понятием реабилитации является понятие **сообщества** (community) – группы людей, имеющих общие социальные, политические и экономические интересы и, как правило, проживающих в одной местности. П. Карлинг пишет, что наличие высококачественной поддержки со стороны сообщества может предотвратить возникновение рецидива[2]. Благодаря системе взаимопомощи больной испытывает меньшую потребность в лекарственных препаратах, его чувство самоуважения повышается. Задачей интеграции человека с психическим расстройством в сообщество является его полноценное участие в жизни данной социальной группы. Согласно Р. Уорнеру[3], больной должен рассматриваться не просто как пассивный реципиент социально-психологической помощи, но и как человек, способный оказать поддержку другим людям. В качестве основных видов самопомощи называются кооперативные жилищные проекты, контактные центры, телефоны доверия. Естественно, лица с психическими расстройствами предварительно должны пройти специальную подготовку, и, как и заинтересованные представители сообщества, получать юридическую и методическую помощь со стороны органов власти и медицинских работников. Общая структура поддержки психически больных отражена на рис. 7.1. Как можно заметить, поддержка со стороны системы здравоохранения является лишь одним из факторов успешной реабилитации. Основную же роль в этом процессе играет сам больной и его окружение.

И отечественные, и зарубежные специалисты в области реабилитации психически больных отмечают наличие двух широко распространенных профессиональных предрассудков в отношении этой проблемы. Они касаются контингента и средств реабилитации.

---

[1] *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации / Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох // Клиническая психология. СПб., 2002.

[2] *Карлинг, П. Дж.* Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. Киев, 2001.

[3] *Уорнер, Р.* Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации.

Рис. 7.1. Система поддержки психически больных[1]

К сожалению, часто реабилитация понимается как система помощи людям, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, в то время как «легким» больным, выписывающимся из клиники, тоже во многих случаях необходима поддержка в социальной адаптации, поскольку само по себе фармакологическое лечение не помогает решить личностные и социальные проблемы человека[2].

Иногда в качестве главной формы реабилитации рассматривается трудовая реабилитация, выражающаяся в привлечении больных к низкоквалифицированному и низкооплачиваемому труду (работа в подсобном хозяйстве, наклеивание этикеток, уборка помещений и пр.). Фактически, такая практика может способствовать десоциализации психически больных, обладавших до начала расстройства более высоким статусом и интересной профессией[3]. Кроме того, согласно Конституции, право человека на труд – это *право на достойно оплачиваемый, общественно полезный и повышающий чувство самоуважения труд*. Это право, зафиксированное в большинстве развитых стран, часто не рассматривается как неотъемлемое право человека с психическим расстройством. Фактически, такое отношение к душевнобольным ненамного отличается от того, что послужило причиной изоляции и исключения из сообщества психически больных в XVII–XVIII вв., когда способность и желание трудиться и обеспечивать себя начали рассматриваться как главнейшие критерии полноценности

---

[1] *Карлинг, П. Дж.* Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психической инвалидностью. С. 73.

[2] *Кабанов, М.М.* Реабилитация в контексте психиатрии.

[3] *Lavender, A.* Rehabilitation.

личности[1]. Однако не любой труд возвращает человека в общество, а лишь тот, что позволяет ему максимально реализовать свои способности и потребности. В последнее время можно наблюдать прогрессивные изменения в этой сфере. Так, после многочисленных судебных исков в 1973 г. в США было вынесено судебное решение, согласно которому пациент психиатрической клиники, выполняющий в ней определенную работу, должен получать плату за нее согласно Закону о справедливых рабочих стандартах[2].

Учитывая вышеизложенные цели, психологическая реабилитация должна использовать особые методы диагностики и воздействия, отличающиеся от тех, что используются в других направлениях психологической помощи. Они будут рассматриваться в следующей главе.

Резюме

Реабилитация является особым направлением психологической помощи, ориентированным на восстановление психосоциального благополучия пациента. Современные подходы к реабилитации указывают на важность интеграции больного в сообщество и более активного использования методов самопомощи и взаимной поддержки. Основными принципами реабилитации являются ее системный характер (одновременное воздействие на различные сферы жизнедеятельности больного, связанные с биологическими, психологическими и социальными факторами); стремление к повышению уровня активности и самостоятельности больного; обеспечение поддержки больного со стороны социального окружения.

Литература

Карлинг, П. Дж. Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. Киев, 2001.

Уорнер, Р. Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации / Р. Уорнер. Киев, 2004.

[1] *Фуко, М.* История безумия в классическую эпоху / М. Фуко, СПб., 1997.

[2] *Карсон, Р.* Анормальная психология.

7.2. МЕТОДЫ И ЭТАПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Для проведения эффективной реабилитации больного недостаточно опираться лишь на данные нозологически ориентированной диагностики (определение типа психического расстройства). Необходим функциональный диагноз, под которым понимается определение характера взаимосвязи конкретного психопатологического синдрома с его социальными и психологическими последствиями для больного и выявление ресурсов, на которые можно опираться в процессе реабилитации[1].

Для того чтобы выбрать адекватный *метод психологической реабилитации*, необходимо *тщательно оценить окружение* и *способности больного*. Выделяют несколько параметров такой оценки[2]:

- преморбидный адаптационный потенциал;
- общий контекст, в котором будет осуществляться реабилитация;
- имеющиеся у больного на данный момент навыки, а также нарушения личности и психических процессов;
- социальная поддержка и степень интеграции в сообщество.

В целом можно отметить, что важнейшей задачей всего функционального диагноза будет оценка личности и социальной ситуации больного[3].

Оценка преморбидного адаптационного потенциала основывается на изучении жизненного пути больного, его привычных (до болезни) навыков преодоления стрессовых ситуаций, уровня образования и профессиональной квалификации, а также других характеристик социального статуса.

Оценка общего контекста реабилитации включает в себя оценку той ситуации, в которой находится больной на момент начала реабилитации, а также той среды, куда он должен вернуться после выписки. Особенности больничной среды мо-

---

[1] *Кабанов, М.М.* Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исследования. Т. 1. Вып. 1. М., 2001.

[2] *Коцюбинский, А.П.* Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? / А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. Т. 1, № 1. 2004; *Lavender, A.* Rehabilitation.

[3] *Николаева, В.В.* Спецпрактикум по патопсихологии (Общие методические рекомендации) / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. М., 1979.

гут как стимулировать больного к восстановлению и социальной адаптации, так и инвалидизировать его за счет чрезмерного ограничения самостоятельности, отчуждения медицинского персонала от пациентов. Среда, в которой будет жить и трудиться больной после выписки, может предъявлять ему особые требования, их необходимо определить для установления основных целей реабилитации. Например, проживание в сельской местности с необходимостью самостоятельного ведения хозяйства сильно отличается по характеру и структуре таких требований от проживания в городской квартире совместно с трудоспособными родственниками. Также предметом оценки должны стать характер и количество контактов пациента с внешним миром, в данном случае имеется в виду, например, была ли у него возможность выходить за пределы больницы, поддерживать связь с родственниками и друзьями.

Оценка имеющихся у больного навыков и нарушений, естественно, начинается с определения состояния физического и психического здоровья. Здесь важным является соотношение сохранных и нарушенных навыков и способностей[1]. Лавендер в качестве важнейших мишеней для оценки называет состояние памяти, интеллектуальные способности, навыки самообслуживания и опрятности, умение вести домашнее хозяйство, умение пользоваться услугами сферы торговли, обслуживания, общественным транспортом, профессиональные навыки. С точки зрения успешности адаптации в обществе важно измерить следующие способности пациента:

- к принятию точки зрения другого человека;
- учету долговременных последствий своих действий;
- решению проблем, возникающих на пути к достижению цели[2].

Важнейшими для постановки функционального диагноза особенностями личности являются система ценностей и мотивационно-потребностная сфера, субъективная картина болезни, копинг-стратегии, воспринимаемый контроль и самоэффективность, уровень развития самосознания, «Я»-концепция.

---

[1] *Николаева, В.В.* Спецпрактикум по патопсихологии (общие методические рекомендации).

[2] *Lavender, A.* Rehabilitation.

Оценка социальной интегрированности и социальной поддержки основывается, прежде всего, на характеристике различных видов социальных контактов пациента с его окружением (привязанность, включенность в группу, возможность получать заботу и руководство со стороны окружения, контакты с членами семьи или сослуживцами, которые позволяют пациенту почувствовать свою ценность). Социальная поддержка должна определяться не формально, по критерию наличия / отсутствия каких-либо контактов, а на основе удовлетворенности ею[1].

Успешная реабилитация невозможна без создания особого окружения, в котором подкрепляется стремление больного к самостоятельности, повышаются его самооценка и самоуважение. В больницах, особенно психиатрических, широко распространено авторитарное и гиперопекающее отношение к пациентам. Таким же образом относятся к душевнобольным и в семьях. Соответственно, необходимо создание демократичного терапевтического сообщества, повышение у больных чувства персональной ответственности за исход лечения и за свое поведение, частое и не ограниченное исключительно лечебными целями общение между медперсоналом и пациентами, предоставление пациентам большей автономии и активности. Желательно, чтобы реабилитация проводилась не в обычной палате, а в особом отделении.

Клиент должен принимать участие в принятии решений относительно задач реабилитации. Попытка обучать людей навыкам, в которых они не испытывают потребности, как правило, заканчивается неудачей. Очень важно отделить желания самого больного от того, что считают для него полезным близкие. Наш клинический опыт общения с родственниками людей с тяжелыми психическими расстройствами свидетельствует о наличии у них по меньшей мере двух типов неадекватных ожиданий относительно перспектив лечения и реабилитации: отрицание серьезности имеющихся нарушений и стремление резко ограничить активность больного кругом семьи, полностью взяв на себя ответственность за его поведение и исход лечения. В первом случае родственники либо требуют от больного максимально быстрого возвращения к «нормальной» жизни либо планируют для него достижение

---

[1] *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации.

неких малодоступных целей, по типу гиперкоменсации. Например, возмущаются нежеланием молодой мамы в состоянии тяжелого шизофренического приступа немедленно выписаться из клиники и заняться своим грудным ребенком или планируют устроить больную эпилепсией с интеллектуально-мнестическим снижением на должность сотрудницы паспортного стола. Во втором случае больной рассматривается в семье как неполноценный человек (еще один ребенок), который не допускается к принятию решений и живет на иждивении членов семьи. Кстати, стоит заметить, что оценивая социальное окружение больного, необходимо учитывать не только наличие семьи и знакомых, но и характер межличностного взаимодействия. К сожалению, бывают случаи, когда психиатрические пациенты становятся жертвами насилия именно со стороны родственников, которые избивают их, отбирают пенсию, а при малейших попытках сопротивления угрожают принудительной госпитализацией либо лишением родительских прав.

Иногда проблема может заключаться в том что отказ от какого-либо обучения является следствием стремления избежать тревоги и неуверенности в себе. Именно поэтому реабилитация должна основываться на принципе «малых шагов». Требования к клиенту, задачи, которые ему предлагаются в ходе реабилитации, должны усложняться постепенно. И если на первом этапе клиент нуждается в подбадривании, в поддержке со стороны персонала клиники, то впоследствии он начинает решать более сложные задачи и становится более самостоятельным. Тактика «малых шагов» способствует повышению самооценки клиента, росту самоэффективности и усилению его мотивации к изменениям и обучению. Чем выше самооценка и самоуважение, тем меньше человек испытывает потребности в постоянной социальной поддержке. Следовательно, он становится более автономным.

Одна из важнейших целей реабилитации – выработка у клиента навыков конструктивного решения задач, которые ставит перед ним окружение, без избегания и ухода в болезнь. Кроме того, поскольку повышение доверия к себе является важной целью реабилитации, следует уделить внимание и таким навыкам, которые не пригодятся больному в данный момент, но повысят его чувство самоэффективности[1]. Повыше-

[1] *Lavender, A.* Rehabilitation.

ние уровня автономии больного не всегда может поддерживаться представителями среднего и младшего медицинского персонала, которые оказываются просто не готовыми к новым формам взаимодействия. Самостоятельность и активность больных поощряются, но при этом вина за ухудшение состояния возлагается на них самих[1]. Противоречие между отношением к пациенту как к пассивному объекту и приписыванием ему ответственности за исход лечения являются типичными для современной психиатрической практики, которая, претендуя на исключительно объективный подход, имеет дело с субъективными психическими феноменами[2].

В ходе психологической реабилитации могут использоваться различные техники психологической помощи: тренинги умений, оперантное обусловливание, моделирование, экзистенциальная терапия, логотерапия и пр. В некоторых случаях сложно провести четкие границы между психологической реабилитацией и психотерапией. Тем не менее, психотерапия в основном фокусируется на устранении симптомов и улучшении индивидуальной жизни, а реабилитация – на хорошем социальном функционировании и социальных аспектах жизни. Реабилитация имеет более широкие цели, часто не имеющие никакого отношения к психологическому лечению, например она может быть направлена на выработку у больного навыков самообслуживания.

Общая структура процесса реабилитации психически больных представлена в табл. 7.1.

Конечной целью реабилитации является возвращение больного в сообщество. Р. Уорнер указывает на несколько *ключевых принципов социальной интеграции*:

– вовлечение больных в системы взаимопомощи;

– признание за психически больным и его семьей права на участие в планировании лечения и права на отказ от некоторых видов лечения;

– поддержка семьи психически больного;

– поиск и поддержка приемных (фостерных) семей, где больной может проживать некоторое время после больницы для облегчения процесса интеграции;

---

[1] *Kleinman, A.* The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition Basic books / A. Kleinman. USA, 1988.

[2] *Тхостов, А.Ш.* Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М., 2002.

– психологическое просвещение психически больных, членов их семей и общества. Изменение отношения общества к психически больным;

– активное использование альтернатив больничному лечению;

– оказание психически больным помощи в трудоустройстве, создание для них экономических стимулов к труду.

Таблица 7.1

Основные этапы реабилитации психически больных

Направленность мероприятий	Предотвращение формирования психического дефекта, госпитализма, социальной изоляции, инвалидизации. Проводится уже в стационаре (полустационаре) одновременно с биологической терапией	Адаптация больного к жизни в социальной среде, к труду вне больницы, в семье (амбулаторно). Стимуляция социальной активности	Более полная адаптация к жизни в реальных условиях
Содержание работы	Психотерапия (индивидуальная и групповая), трудотерапия, стимуляция социальной активности, навыков повседневной жизни, культтерапия	Эмоциональная (группы поддержки) и организационно-методическая поддержка (профессиональное обучение и переобучение больных, помощь в трудоустройстве, психообразовательная работа с больными и их ближайшим окружением	Трудовая, социальная, семейная реабилитация и адаптация

Источник: *Бойко, Ю.П.* Первичное выявление врачами-терапевтами и неврологами шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, особенности психотерапевтической тактики и направление на специальное лечение в Москве / Ю.П. Бойко, А.И. Аппенянский. М., 2002. С. 10.

Резюме

Реабилитация психически больных требует постановки функционального диагноза, который основывается на оценке преморбидного адаптационного потенциала, общего контекста реабилитации, сохранных и нарушенных навыков, а также степени социальной интеграции. Основной акцент дела-

ется на характеристику личности и социального окружения больного. В ходе реабилитации важно придерживаться принципа «малых шагов», учитывать потребности самого больного, а также постепенно деинституционализировать процесс оказания психологической помощи (переход от реабилитации в стационаре к помощи в реальной жизненной ситуации). Конечной целью процесса реабилитации является возвращение больного в сообщество.

Литература

Карлинг, П. Дж. Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. Киев, 2001.

Коцюбинский, А.П. Функциональный диагноз: теоретическия конструкция или реальный феномен? / А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. Т. 1, № 1. 2004.

Николаева, В.В. Спецпрактикум по патопсихологии (Общие методические рекомендации) / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. М., 1979.

7.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДОВ

Инвалидность является не только характеристикой индивида с каким-либо тяжелым повреждением (расстройством), но и характеристикой особых отношений между ним и ограничивающей его средой.

«Инвалидность – наличие относительно тяжелого, продолжительного, но принципиально поддающегося реабилитации нарушения – соматического, умственного, психического либо затрагивающего органы чувств, – которое субъективно или объективно затрудняет жизнь и может иметь следствием отклоняющееся поведение». В этом определении ясно выражено, что недостаточность характеризуется не только самим нарушением, но и его следствиями, его переработкой самим индивидом, а также реакцией социального окружения. В этом всеобъемлющем понятии учтены, кроме того, и три аспекта, отмеченных в определении недостаточности, предложенном Всемирной организацией здравоохранения, а именно: *поражение, функциональное ограничение* и *социальное нарушение*[1].

---

[1] *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации / Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох // Клиническая психология. СПб., 2002.

Количество инвалидов увеличивается с возрастом; согласно некоторым данным, к этой категории можно отнести людей в возрасте старше 75 лет – 25%, в то время как в возрасте 15–45 лет их всего 7%[1].

Эмоциональное значение дефекта зависит от того, к какому типу он относится. При значительных повреждениях – сильные ожоги, квадриплегия, эпилепсия – требуются значительные усилия по реабилитации. Повреждение становится главной чертой, определяющей жизнь человека.

В детстве наиболее частой причиной инвалидности являются умственная отсталость, астма, аутизм, эпилепсия, нарушения в сенсорной сфере, расстройства опорно-двигательного аппарата, церебральный паралич. *В юношеском* и *раннем взрослом возрасте* – последствия несчастных случаев, рак, инфекции мозга, сифилис, СПИД. *В зрелом возрасте* повышается риск сосудистых поражений. *В пожилом возрасте* инвалидность может быть связана с артритом, остеопорозом, деменцией и диабетом.

Как показывают исследования, люди полагают, что человек, имеющий серьезные проблемы в одной области функционирования (например, физической), скорее всего, имеет проблемы и в других сферах жизни. Распространенность этого убеждения приводит к тому, что инвалидам, независимо от причины дефекта, приписываются отрицательные характеристики личности и эмоционального статуса. При этом выше всего оцениваются инвалиды, максимально похожие по внешнему виду, образу жизни и манере поведения на физически здоровых людей (с бронхиальной астмой, диабетом и подобными расстройствами)[2].

Сталкиваясь со случаями инвалидности, люди испытывают негативные чувства относительно собственной уязвимости. Для того чтобы от них избавиться, они приписывают инвалидам часть вины за их состояние, либо негативные личностные характеристики, исключающие возможность подлинной эмпатии. В результате инвалиды оказываются в социальной изоляции. Такое отношение здоровых к инвалидам создает больше трудностей, нежели сами повреждения. Однако инвалиды

---

[1] *Bernard, L.C.* Health Psychology: Biopsychsocial Factors in Health and Illness / L.C. Bernard, E. Krupat. Fort Worth, 1994.

[2] *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации.

также демонстрируют склонность к стигматизации и самостигматизации. В одном из исследований, проведенном на выборке студентов-инвалидов, было выявлено, что они хорошо относятся к студентам-неинвалидам и к тем студентам, у которых инвалидность возникла по тем же причинам, что и у них. Негативное отношение наблюдалось к инвалидам по другим заболеваниям. В другом исследовании было показано, что инвалиды, чувствующие свою идентичность с группой инвалидов, оценивали себя как менее удовлетворенных жизнью[1].

Установки по отношению к инвалидам зависят от типа дефекта и специфики социальной ситуации. Так, в современном западном обществе эпилепсия характеризуется более высокой степенью принятия, нежели ампутация конечностей, расстройство зрения или церебральный паралич. На работе коллеги относятся к инвалидам обычно с большим пониманием, чем партнеры по отношениям. В целом, по данным исследования, проведенного в США, инвалидов, довольных своей жизнью, – лишь 68%. При этом люди с сенсорными расстройствами чувствовали себя более удовлетворенными, чем люди с физическими дефектами[2].

К числу основных проблем, с которыми сталкиваются лица с ограниченными физическими возможностями, можно отнести:

- физическую недоступность среды (отсутствие пандусов, специальных переходов для лиц с дефектами зрения и пр.);
- высокий уровень безработицы;
- отношение здоровых людей, которое может выражаться в преобладании негативных установок, игнорировании, гиперопеке. Следует учитывать, что во многом формированию такого отношения способствует отсутствие эффективных навыков взаимодействия[3].

Сами инвалиды указывают на угнетающую зависимость от внешнего окружения как на главную причину неудовлетворенности жизни. В табл. 7.2 представлены результаты исследования взаимосвязи между инвалидностью, зависимостью, деморализацией и суицидальными попытками.

---

[1] *Bernard, L.C.* Health Psychology.

[2] Там же.

[3] *Цубер, Й.* Психологические аспекты реабилитации.

Таблица 7.2

Инвалидность, деморализация и суицид

Степень зависимости	Средний балл по шкале деморализации	Доля от общей длительности инвалидности, характеризующаяся желанием умереть	Попытки суицида (доля случаев в группе)
Контрольная группа (здоровые)	5,6	6,6%	3,5%
Инвалидность без зависимости	9,2	10,8%	5,6%
Инвалидность с легкой зависимостью	11,7	12,3%	7,5%
Инвалидность с умеренной зависимостью	13,3	16,1%	2,4%
Инвалидность с серьезной зависимостью	17,8	25,0%	4,7%

Источник: *Tweed, D.L.* Disability, dependency and demoralization / D.L. Tweed, D.L. Shern, J.A. Ciarlo // Rehabilitation Psychology, 1988. V. 33. P. 143–154.

Резюме

Понятие инвалидности включает в себя три основных компонента: поражение, функциональное ограничение и социальную дезадаптацию. Основными проблемами, актуальными для людей с ограниченными физическими возможностями, являются враждебная физическая среда, безработица и предубежденное отношение со стороны окружающих. Важным фактором повышения качества жизни инвалида является преодоление его зависимости от ухаживающих лиц и обеспечение желаемой степени автономии.

Литература

*Карсон, Р.*Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Цубер, Й. Психологические аспекты реабилитации / Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох // Клиническая психология. СПб., 2002.

8. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

8.1. СУБЪЕКТИВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНИ

С момента выделения медицинской психологии в самостоятельную отрасль психологической науки одной из важнейших ее целей было исследование психологии больного. В 1898 г. А. Гольдшейдер предложил разделять ауто- и аллопластическую картины болезни. В отличие от аллопластической картины, представляющей собой совокупность симптомов, аутопластическая картина болезни является продуктом познания и осмысления индивидом изменений в своем состоянии. Между алло- и аутопластической картинами не может быть полного соответствия по двум причинам. Во-первых, невозможно точно отразить на субъективном уровне работу организма. Во-вторых, аутопластическая картина выполняет функции осмысления, упорядочивания и контроля новой для пациента реальности[1]. В начале XX в. К. Ясперс ввел в науку понятия **осознания** и **постижения болезни** (последнее подразумевает не только субъективное ощущение непорядка, расстройства, но и способность более-менее правильного суждения о своем состоянии). Он также указал на принципиальное различие в отношении к болезни у врача и пациента, обусловленное несходством их интересов в ситуации болезни[2].

Развитие этих идей в клинической психологии привело к формированию нескольких направлений исследования субъективной картины болезни. В отечественной психологии была разработана ***концепция «внутренней картины болезни»*** (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев и др.). Под этим термином понимают сложное сочетание ощущений, восприятий, представлений, идей и переживаний человека, вызванных его недугом. Выделяется несколько компонентов внутренней картины болезни: сензитивный (непосредственного чувственного отражения), эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Подчеркивается динамиче-

[1] *Николаева, В.В.* Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М., 1987.

[2] *Ясперс, К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997.

ский аспект внутренней картины болезни, ее изменение по мере развития болезни, начиная с этапа, где главную роль играют патологические ощущения и их эмоциональная оценка, до этапа, на котором происходит перестройка мотивационно-потребностной сферы с учетом новых жизненных реалий. К последним относятся ограничение способностей, угроза для жизни, необходимость уделять значительное количество времени лечению и т.п. Сторонниками данного подхода ведется дискуссия относительно значимости различных компонентов внутренней картины болезни и их влияния на поведение, однако в целом интеллектуальная (в противовес эмоциональной) оценка ситуации и способность скорректировать иерархию своих жизненных целей признаются позитивными, желательными компонентами в реакции личности на болезнь.

В зарубежной клинической психологии в первой половине XX в. субъективная концепция болезни активно изучалась в рамках психоаналитического подхода. Здесь подчеркивается, что способ осмысления пациентом своей болезни неотделим от того, как он осознает себя и свое место в мире. Образ болезни, который создает пациент, является отражением типичных для него способов мышления и реакций на сложные жизненные ситуации. Важным фактором успеха психоаналитической терапии является достижение так называемого ***инсайта***. Этот термин определяют по-разному: как открытие бессознательной реальности, позволяющее объяснить текущее поведение предшествующими событиями; как обретение нового смысла для психического содержания (например, для содержания воспоминаний); как осознание, ведущее к терапевтическому изменению. Утверждается, что без понимания пациентом истоков и смысла своих симптомов эффективное лечение невозможно[1].

Чем тяжелее состояние пациента, тем большую роль в его лечении играют обучение и разъяснение, позволяющие сформировать адекватную субъективную концепцию болезни. «При таком подходе вы обращаетесь ко всей накопленной человечеством психоаналитической мудрости, обобщая в интересах пациента все, что терапевту известно о человеческой психологии», – пишет Н. Мак-Вильямс[2]. Объясняя пациенту

---

[1] *Томэ, Х.* Современный психоанализ: в 2 т. Т. 2: Практика / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.

[2] *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс, 1998. С. 108.

механизмы возникновения и функции его переживаний, психотерапевт тем самым борется с когнитивным хаосом и чувством экзистенциального ужаса. Формирование более-менее определенной и адекватной картины болезни свидетельствует о росте психологического благополучия.

При этом психоаналитики никогда не стремились добиться полного совпадения концепций болезни, имеющихся у терапевта и пациента. Скорректированная концепция болезни призвана уменьшить эмоциональное напряжение, создать у пациента уверенность в возможности нормализовать свое состояние.

В последние десятилетия XX в. большую популярность приобрела ***концепция когнитивных репрезентаций болезни***, наиболее полно представленная в работах Г. Левенталя. В ней утверждается, что формирование репрезентаций болезни является естественной реакцией на угрожающее событие и одновременно одной из составляющих системы саморегуляции поведения. Сложно определить на абстрактном уровне, какой может быть эта репрезентация, поскольку ее характеристики меняются в зависимости от типа и стадии заболевания. В некоторых случаях формирование когнитивной репрезентации болезни может быть вообще неадаптивным, ухудшать эмоциональное состояние пациента. По данным эмпирических исследований, полностью сформированная репрезентация болезни включает в себя представления о ее симптомах, причинах, длительности, последствиях и способах лечения[1].

Нарративные исследования психологии больного подчеркивают творческий, неустойчивый и социально обусловленный характер субъективных концепций болезни. Конструирование нарратива позволяет индивиду не только осмыслить свое состояние, но и установить контроль над болезнью, понять, что необходимо делать дальше. Каждый раз субъективная концепция болезни создается заново, в зависимости от аудитории и от целей рассказчика. Задачей последнего является социализация болезни, превращение ее из биологического явления в явление социальное[2].

---

[1] *Leventhal, H.* Lay beliefs about health and illness / Y. Leventhal, Y. Benyamini // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

[2] *Kleinman, A.* The Illness Narratives: Suffering, Healing The Human Condition / A. Kleinman. USA, 1988.

Каким бы ни был подход психолога к исследованию психологии больного, он должен решить следующую проблему: какой должна быть адаптивная концепция болезни у пациента, если в медицине отсутствует ее четкая научная концепция? Особенно актуальным является этот вопрос *в исследовании субъективной концепции болезни при психических расстройствах*. Как может пациент сформировать правильное понимание шизофрении, если в психиатрической литературе нет единства в отношении причин, признаков, типов и видов течения этого заболевания?

В отличие от психологии соматического больного, внутренняя картина болезни при психических расстройствах всегда была в большей степени объектом внимания со стороны психиатров, а не клинических психологов. Здесь основным является понятие ***критичности***, т.е. способности человека объективно отнестись к своим личностным и поведенческим особенностям, а также к проявлениям болезни. Ключевым является вопрос о том, признает ли человек себя больным, замечает ли он, что его личность и психические процессы изменились. Другие аспекты внутренней картины болезни, например содержание болезненных переживаний, индивидуальное понимание причин болезни в основном рассматриваются в клинико-диагностическом аспекте. В зависимости от того, как человек воспринимает причины своего состояния, делается вывод относительно вида и тяжести его психического расстройства. В исследованиях реакции личности на психическую болезнь отмечается существенное тяготение к медицинской позиции, т.е. считается, что не пациент говорит о своей болезни, а болезнь говорит за пациента. Критичность оценивается, исходя из отношения человека к своим действиям, личности и психопатологическим переживаниям[1]. В последнем из названных аспектов понятие критичности практически совпадает с понятием отношения к болезни.

Именно нарушение критичности является тем универсальным признаком, который объединяет всех больных с тяжелыми психическими расстройствами и отличает их не только от здоровых людей, но и от пациентов с относительно более легкими нарушениями. Из этого положения следует важный вы-

---

[1] *Кожуховская, И.И.* Нарушение критичности у психических больных / И.И. Кожуховская. М., 1985.

вод относительно социального статуса психически больного: его права могут быть ограничены, так как он не осознает неправильность своего поведения. К нему не стоит относиться так же, как к здоровым людям. Характерный пример подобного отношения к больному приводит писатель В. Ерофеев.

«Доктор (желчно): Я Вас просил, больной, отвечать только на мои вопросы. На Ваши я буду отвечать, когда Вы вполне излечитесь» (*Ерофеев, В.* Вальпургиева ночь, или Шаги Командора / В. Ерофеев. М., 2001. С. 18).

Если же больной критически относится к имеющимся у него симптомам, это является одним из первых признаков выздоровления или ремиссии. При оценке отношения к болезни за основу берется мнение врача, который рассматривается как носитель «истинной» информации. Следовательно, оценивая адекватность картины болезни, мы всегда должны учитывать возможность врачебной ошибки, а также наличие противоречивых научных подходов к определенному расстройству. Так, на основе анализа полемики относительно болезни Альцгеймера Т. Китвуд[1] пришел к выводу, что доминирующая в психиатрии биомедицинская модель возникновения данного расстройства не в состоянии охватить все разнообразие его клинических проявлений. Результаты психобиографических исследований позволяют обнаружить во многих случаях перед началом развития деменции серьезное психотравмирующее событие – потерю родственника, несчастный случай, переезд на новое место жительства. Кроме того, благоприятные изменения в социальном окружении больного способны остановить процесс личностной деградации. Аналогичные противоречия связаны с биологическими теориями депрессии и шизофрении. Врач не в состоянии на современном этапе развития психопатологии оценить, являются ли представления пациента о болезни достаточно адекватными, поскольку не может быть уверен в точности собственных взглядов.

Применение феноменологического метода позволяет психологу понять не только смысл, который имеет болезнь для конкретного пациента, но и причины его «необъяснимого» поведения. Приведем характерный пример.

---

[1] *Kitwood, T.* Towards the Reconstruction of an Organic Mental Disorder / T. Kitwood // Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives of Health and Disease. Ed. by A. Radley. London and New York, 1995.

Пример 8.1. **Ординарность как основание для выписки из больницы**

Анализируя данные интервью с пациентами, страдающими шизофренией, Б. Лоренц пришла к выводу, что динамика отношения к болезни может быть представлена как процесс «становления ординарности». Его начальному этапу соответствует осознание человеком своей неспособности соответствовать требованиям общества, обычно совпадающее по времени с направлением в больницу. Психиатрическая клиника определяется пациентами как своеобразный «тренировочный лагерь», где их готовят к жизни в социуме. Процесс становления ординарности не обязательно влечет за собой достижение психологического благополучия, и не рассматривается больными в таком контексте. Его конечной целью является ресоциализация. При этом суждения больного о своем состоянии зависят от того, как его воспринимают окружающие люди и врачи. Респонденты в исследовании Б. Лоренц называли причиной своего помещения в больницу неправильное поведение, а критерием готовности к выписке – способность к соблюдению социальных норм. Их убежденность в своей правоте подкреплялась отношением медицинского персонала, в частности гиперопекой, многочисленными ограничениями личной свободы. Все больные использовали индивидуальные стратегии для борьбы с симптомами. Несмотря на отсутствие интереса со стороны врачей, сами пациенты считали эти стратегии очень полезными и рассматривали лекарства лишь как вспомогательные средства. Отсутствие положительной динамики в фармакотерапии приводило к тому, что больные называли свои псевдогаллюцинации не признаком, а причиной шизофрении, ведь во многих случаях этот симптом не исчезает полностью под действием лекарств (*Lorencz, B.J.* Becoming Ordinary: Leaving the Psychiatric Hospital / B.J. Lorencz // The Illness Experience: Dimensions of Suffering. Ed. by J.M. Morse and J.L. Johnson. Newbury Park, 1988).

Исключение личности пациента из медицинского дискурса способствует закреплению контроля над ним со стороны психиатра и позволяет последнему избежать осознания и обсуждения некоторых болезненных тем. Если больной является неполноценной личностью, врач может не отчитываться перед ним в своих действиях. Защищаясь от естественного человеческого сочувствия к пациенту, психиатр защищается также от мыслей о своей собственной уязвимости по отношению к болезням и смерти.

Резюме

Если для врача болезнь предстает как совокупность синдромов, связанных, прежде всего, с биологическими факторами, то для больного она является характеристикой уни-

кальной жизненной ситуации, в которой он оказался, и поэтому требует понимания с опорой на индивидуально-психологический и личностный смысл телесных процессов. Субъективные представления о болезни не могут и не должны соответствовать медицинским концепциям. Изучение психологии больного позволяет понять его реакцию на процесс лечения и оказать ему необходимую помощь в процессе адаптации к болезни.

Литература

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова, 2003.

Фролова, Ю.Г. Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования / Ю. Г. Фролова // Философия и социальные науки. 2007. № 2.

Чудновский, В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях / В.С. Чудновский // Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. Сборник научных трудов; под ред. В.С. Чудновского. Куйбышев, 1982.

8.2. СОЦИАЛЬНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ БОЛЕЗНИ

8.2.1. Общая характеристика социальных репрезентаций

Представления больного о своем состоянии формируются не только на основе его личного опыта, но и с опорой на общие концепции здоровья и болезни, характерные для той или иной культуры. Эти общие концепции исследуются в рамках различных теоретических направлений психологии, одним из которых является теория социальных репрезентаций, разработанная С. Московичи.

Как известно, существует несколько различных подходов к определению социальных репрезентаций, например:

- мысли, идеи, образы и ценности, разделяемые людьми и формирующиеся в социальном взаимодействии;
- конструктивное воспроизведение свойств объекта на уровне конкретных понятий, организованных вокруг центрального значения (К. Херцлих);
- обыденное мышление.

Социальное представление формируется в процессе коммуникации, в который могут включаться средства массовой информации. Существует особая категория лиц, профессия которых состоит в формировании представлений. К ним относятся все те, кто занят распространением знаний в области науки и искусства: врачи, медицинские работники, социальные работники, организаторы досуга, специалисты в области средств массовой информации. Самым же главным фоном, на котором формируется представление, является группа, ее опыт, ее система сложившихся ранее взглядов. Таким образом, социальные репрезентации являются и результатом, и основой для коммуникации между членами общества, и содержанием, и процессом.

Функции социальных репрезентаций – делать новую и непонятную информацию доступной осмыслению и представлять интересы отдельных социальных групп, одновременно дистанцируясь от отверженных.

Одним из важнейших источников формирования социальных репрезентаций здоровья и болезни является наука (в том числе медицина). Статус медицинской науки в современном обществе чрезвычайно высок, и большинство исследователей полагают, что в современных репрезентациях здоровья медицинские концепции играют большую роль. Средства массовой информации выполняют роль медиатора между научными и обыденными концепциями. Распространение научных идей через средства массовой информации неизбежно приводит к их упрощению, повышению образности и насыщению ценностями культуры. Необходимо также учитывать, что преподносимые СМИ идеи преобразуются потребителем по мере их усвоения. В результате знание приобретает моральный характер.

8.2.2. Социальные репрезентации психических болезней

Результаты как отечественных, так и зарубежных исследований свидетельствуют о наличии достаточно отчетливых, обладающих кросскультурной устойчивостью репрезентаций психической болезни, включающих в себя ***три компонента***:

- опасность, которую больной представляет для окружающих и для самого себя;

• непредсказуемость поведения больного и динамики болезни;

• чуждость – резкое отличие больного от здоровых людей[1].

Социальные факторы развития психических болезней рассматриваются как своего рода триггеры, запускающие действие фундаментальных биологических факторов. При этом психическая болезнь все же может быть поставлена индивиду в вину (а иногда респондентов беспокоит то, что она может послужить основанием для снятия ответственности с индивида. В то же время Дж. Фостер обнаружила существенную дифференциацию в понимании различных психических болезней в проведенных ею групповых интервью с профессионалами и непрофессионалами. Так, они проводят достаточно четкое разграничение на основе тяжести заболевания, выделяя заболевания «низкого» и «высокого» уровня. К заболеваниям низкого уровня респонденты отнесли депрессию и обсессивно-компульсивное расстройство, к заболеваниям высокого уровня – шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и болезнь Альцгеймера. Также респонденты разграничили тяжелые заболевания с высокой и низкой степенью социальной девиации.

Дж. Фостер предполагает, что *все психические заболевания оцениваются в соответствии с пятью шкалами*[2]:

• нормальность-патология;

• опасность-безопасность;

• постоянность-периодичность;

• длительность;

• излечимость-неизлечимость.

Заболевания низкого уровня связываются с социальным давлением, а заболевания высокого уровня – с действием биологических факторов. Целью подобных репрезентаций является контроль над больными, являющимися обузой для общества (здоровый я – нездоровый другой). Аналогичные данные были получены в исследованиях Н. Фосс (различие между «нервным срывом» и сумасшествием) и К. Поллока (заболевания, которые можно или нельзя контролировать силой воли).

---

[1] *Foster, J.* Unification and differentiation: a study of the social representation of mental illness / J. Foster // Papers on Social Representations, 2001.

[2] Там же.

В исследовании на белорусской выборке, проведенном под нашим руководством студентами кафедры психологии Белорусского государственного университета[1], было обнаружено, что социальные репрезентации психических болезней имеют аналогичную структуру, т.е. концентрируются вокруг представлений о насилии, непредсказуемости и чуждости психически больных. Так, 48% респондентов согласны с тем, что психически больные чаще совершают преступления, чем обычные люди; 61% – что больные чаще совершают самоубийства, соответственно: 89% одобряют принудительную госпитализацию, 39% – ограничение прав больных, 55% высказываются за принудительный контроль над рождаемостью среди больных. Как заметил один из респондентов, все психические болезни в определенный период могут стать опасными. Такие представления высоко положительно коррелируют с опорой на СМИ как на основной источник информации.

Несомненно, наблюдалась и дифференциация представлений. Респонденты, по их мнению, лучше всего осведомлены о трех психических болезнях – шизофрении, депрессии и неврозе. Самым опасным заболеванием была признана шизофрения. Тем не менее, сравнение данных опроса с медицинской моделью свидетельствует о том, что респонденты, скорее, не способны четко выделить главные симптомы болезней. Так, определенный процент испытуемых отмечает агрессивность и снижение интеллекта у больных депрессией, а 17% испытуемых не считает, что умственная отсталость приводит к снижению интеллекта.

Резюме

Главными характеристиками социальных репрезентаций психических болезней являются представления о непредсказуемости поведения, опасности и принципиальном отличии психически больных от здоровых людей. Эти представления способствуют стигматизации и социальной изоляции психически больных, нарушению их прав.

---

[1] *Фролова, Ю.Г.* Представления о психических болезнях как фактор адаптации в кризисных ситуациях / Ю.Г. Фролова // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: Материалы международной научной конференции. Минск, 2003.

Литература

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. СПб., 2004.

Фролова, Ю.Г. Представления о психических болезнях как фактор адаптации в кризисных ситуациях / Ю.Г. Фролова // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: Материалы международной научной конференции. Минск, 2003.

8.3. ПСИХОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ

В своей работе врачу необходимо решать не только сугубо медицинские, но и психологические задачи, к чему он часто оказывается не вполне готов. В литературе выделяется несколько ***моделей отношений между врачом и пациентом***, которые подразумевают разную пропорцию власти и самостоятельности участников общения:

- патерналистская;
- совещательная;
- потребительская (информативная).

Во время «острых», «неотложных» состояний более эффективной будет авторитарная позиция врача, опирающаяся на *патерналистскую модель взаимодействия*[1].

Задачей врача при использовании *совещательной модели* является помощь пациенту в осуществлении выбора лечения, которое в наибольшей степени соответствует его интересам, понятиям и ценностям. Модель основана на сотрудничестве врача и пациента, совместном принятии решений, обмене информацией, достижении консенсуса по поводу целей и методов лечения. Такие отношения равноправного сотрудничества особенно полезны в ситуации хронической болезни.

Потребительская, или *информационная, модель* возникла вследствие появления платных медицинских услуг. В ней пациент рассматривается как осведомленный потребитель, обладающий достаточными знаниями для того, чтобы самостоятельно определить, какое лечение ему нужно. Врач рассматривается как поставщик медицинских услуг, технический эксперт, задачей которого является предоставление полной информации, запрашиваемой пациентом, при этом право на принятие решения о выборе лечения отводится самому пациенту.

Сам по себе ***первый контакт больного с врачом*** может привести к избавлению от тревоги или, наоборот, вызвать ее усиле-

---

[1] *Bernard, L.C.* Health Psychology.

ние. В частности, это происходит, если доктор слишком акцентирует некоторые вопросы (например, о случаях смерти от рака среди родственников), высказывает безапелляционные (и не всегда обоснованные) суждения о диагнозе, которые часто непонятны больному и вследствие этого истолковываются им превратно. Подобные факты подробно описаны в книге Р.А. Лурия[1].

На удовлетворенность пациента процессом лечения влияет восприятие компетентности врача, однако иногда профессионалом пациент признает того, кто оправдывает его ожидания, говорит то, что он хотел бы услышать. Многие пациенты недовольны общением с врачом потому, что он редко на них смотрит, не выслушивает до конца, занят заполнением истории болезни. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что многие люди избегают обращаться в медицинские учреждения, потому что недовольны тем, как там с ними обращаются. Наше собственное исследование, в котором принимали участие студенты минских вузов, показало, что лишь 13% испытуемых полностью удовлетворены медицинской помощью, которая им оказывается. Самыми необходимыми качествами врача они считают профессионализм (79,5%) и внимание к пациентам (35,9%). Из других качеств часто называли также добросовестность (13,7 %) и вежливость (17,1 %).

Причина неудовлетворенности кроется в различии позиций врача и больного. Врач рассматривает болезнь как сочетание отдельных симптомов, а больной – как сочетание ощущений, эмоций, опасений, воспоминаний и т.п. У пациента болезнь «внутри», а врач наблюдает за ней «снаружи» (врач в отличие от пациента не страдает, не так захвачен эмоционально ситуацией и поэтому способен отнестись к симптомам более объективно). Медицинская модель, основанная на клиническом мышлении, призвана упрощать и организовывать работу врача. В силу необходимости она фокусируется в основном на пораженном органе, а не на личности. А. Барбур предлагает различать болезнь как комплексный феномен самочувствия и болезнь как медицинское понятие[2]. Медицинский взгляд на болезнь чаще всего предполагает рассмотрение отдельного поврежденного органа, в лучшем случае – группы взаимосвязанных систем организма, в то время как «самочувствие» под-

---

[1] *Лурия, Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. М., 1977.

[2] *Barbour, A.* Caring for patients: A critique of the medical model / A. Barbour. Stanford, 1995.

разумевает общее ощущение тела. Главной целью врача в процессе постановки диагноза является поиск некоего морфологического субстрата, который поврежден физически или функционирует неправильно, т.е. жалобам пациента пытаются найти естественнонаучное объяснение.

Пациента, как писал К. Ясперс, больше всего интересует ответ на вопрос: «Почему именно сейчас и именно со мной это случилось?» Научная медицина, рассматривающая болезнь как следствие многих совместно действующих факторов, может только предполагать, что послужило в конкретном случае причиной. Кроме того, в отличие от врачей многие пациенты интересуются последствиями болезни не столько для своего организма, сколько для их жизни в целом[1].

На этапе лечения как правило тревога уменьшается, поскольку возникает некая определенность, симптомы постепенно исчезают, однако эмоциональное состояние больного может и ухудшиться из-за усиления боли, особенностей самого диагноза, помещения человека в больницу, угрозы смерти или инвалидности. Остается открытым вопрос и о том, насколько вреден стресс для больного и какие поведенческие реакции в данном случае являются наиболее адаптивными, т.е. способствуют выздоровлению. Поведение в стрессовой ситуации может направляться на вызвавшую стресс проблему или же на вызванную стрессом негативную эмоцию. Как отмечают психологи, ценность активной или пассивной стратегии адаптации к стрессу (копинг-поведения) зависит от характера ситуации и от того, насколько поступки человека могут ее изменить. Подчеркивается также, что способность человека к пассивному копингу появляется позже в процессе онтогенеза. Негативные эмоции, в частности, тревога, могут спровоцировать возникновение вторичных симптомов, например вызвать повышение артериального давления, учащение сердцебиения и др. Однако пока человек тревожится – он живет. Тревога является необходимым условием его адаптации к изменяющимся условиям, заставляет мобилизовываться для борьбы с обстоятельствами, быть внимательным к своему здоровью, выполнять предписания врача. Исследования показывают, что средний уровень тревоги способствует более быстрому выздоровлению (по сравнению со слишком низкой или слишком высокой тревогой). Самоуспокоение в некоторых случаях вредит больным.

---

[1] *Ясперс, К.* Общая психопатология.

Рассмотрим более подробно реакцию пациента на помещение его в больницу. Обычно медицинский персонал полагает, что «хороший» пациент должен выполнять все его требования и не быть слишком «навязчивым», ради собственного блага[1]. Однако как далеко может зайти врач ради спасения жизни пациента? Споры об эвтаназии, о принудительном лечении и обследовании выявляют противоречивые взгляды на эту проблему. Процесс адаптации человека в больнице можно рассматривать как процесс деперсонализации, т.е. утраты пациентом полного имени, собственной одежды, свободы передвижения, свободы выбора соседей по палате, интимного пространства.

Как показывают исследования, многие пациенты затрудняются ответить, есть ли у них какие-то права. Пациенты с высокой потребностью в контроле, попав в больницу, ведут себя менее разумно. Они бунтуют против установленных там порядков. Когда больным предоставляется возможность хотя бы частично распоряжаться своей судьбой, их самочувствие улучшается, и контакт с ними налаживается гораздо легче. В любом случае, если пациент ожидает, что врач сможет вернуть ему «прежнее состояние», он будет разочарован, поскольку врач чаще всего борется с болезнью, а не за «благополучие» больного. Многие методы лечения имеют нежелательные побочные эффекты. Врач, как правило, не заботится о том, что привычный образ жизни пациента изменился. Но для самого пациента этот устоявшийся образ жизни часто представляет гораздо большую ценность, чем здоровье. Лечение может привести к столь же сильной дезадаптации, как и сама болезнь.

Резюме

Важнейшим фактором, влияющим на успех терапии, являются взаимоотношения врача и пациента. Основными проблемами в этих взаимоотношениях являются чрезмерно авторитарная позиция врача, не позволяющая больному контролировать свою жизнь, недостаточное информирование пациента медицинскими работниками, игнорирование потребностей больного, не связанных с процессом лечения непосредственно.

Литература

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

[1] *Bernard, L.C.* Health Psychology.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие в области медицинской психологии способствует прогрессу психологической науки в целом. Изучение поведения, психических процессов и личности в ситуации психической болезни обеспечивает психологов важными сведениями об общих закономерностях функционирования психики. Например, исследование различных видов амнезий позволяет проверить гипотезы о том, как происходит запоминание, воспроизведение и забывание информации, а также о факторах, воздействующих на продуктивность мнестической деятельности. Изучение аномального психического развития дает нам ценную информацию о развитии здорового ребенка. Работы А.Р. Лурия, посвященные нарушениям высших психических функций при локальных поражениях мозга обогатили и существенно расширили представления психологов об этих психологических образованиях.

Развитие психотерапевтических методов не только позволяет улучшить положение психических больных, но и открывает возможности для личностного роста и повышения качества жизни здоровых людей.

Психосоматика и психология здоровья помогают решать одну из важнейших задач, стоящих перед человечеством на современном этапе – сохранение и укрепление здоровья населения.

Однако развитие медицинской психологии может изменить и общество в целом. Психолога прежде всего интересуют личность больного, а не сама болезнь, его желания, а не требования врачей, представления больного о своем состоянии, а не медицинские концепции. Распространение достижений клинической психологии способствует изменению отношения к психически больным и членам их семей, позволяет преодолеть изоляцию, непонимание и осуждение – самые страшные аспекты жизни людей с аномалиями психики.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Методики оценки познавательных процессов

Воспроизведение десяти слов

Испытуемому зачитываются десять коротких (два слога), не связанных между собой по смыслу слов, которые легко воспринимаются на слух. Предварительно он получает следующую *инструкцию*: «Сейчас я прочитаю вам десять слов, после чего вы должны будете сразу же их повторить – в любом порядке». Экспериментатор отмечает воспроизводимые слова (+), ошибки и пропуски (–) в специальной таблице, например:

Номер попытки	Воспроизводимые слова										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	сумма
1	+	–	+	–	–	+	+	+	–	–	5
2											
3											
4											
5											
отсроченное воспроизведение											

Если вести протокол таким образом, становится видно, в какой части списка у испытуемого проблемы, и какова динамика запоминания.

Слова зачитываются либо пять, либо десять раз. (Здоровые испытуемые запоминают слова уже через 3–4 повторения.) Через 20–30 мин после первого предъявления испытуемого просят назвать слова, которые сохранились у него в памяти. Методика направлена прежде всего на изучение механической кратковременной и оперативной памяти, однако она также позволяет сделать некоторые выводы о состоянии сферы внимания и о динамике процесса запоминания. Так, недостаточность сферы внимания может проявляться в том, что в каждом повторении испытуемый называет новые слова из списка, но не воспроизводит предыдущие.

Пробы на интерференцию

При многих поражениях головного мозга введение интерферирующей[*] информации существенно осложняет процесс запоминания, что может служить важным диагностическим критерием (в частности, при необходимости выявить патологию подкорковых образований мозга). Для изучения влияния интерференции на продуктивность мнестической деятельности обычно составляют две группы по три слова, две фразы, два рассказа (стимульный материал приводится в пособии: *Хомская, Е.Д.* Нейропсихология / Е.Д. Хомская, М., 1987).

Методика опосредованного запоминания (по А.Н.Леонтьеву)

Испытуемому зачитывается 10–15 слов. Ему необходимо подобрать к каждому слову карточку (из набора, предложенного экспериментатором) с подходящим по смыслу рисунком. Набор карточек отличается тем, что изображенные на них рисунки не являются прямыми иллюстрациями слов. Таким образом, обследуемый должен установить смысловую связь между словом и рисунком, например, море – пароход, дождь – зонтик. Каждый раз, подобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить свое решение. Благодаря применению этой методики можно делать вывод не только о состоянии смысловой памяти, но и о состоянии речи и мышления.

Классификация предметов

Инструкция. На этапе I испытуемому предлагается разделить карточки на группы. (При этом экспериментатор не вмешивается в его работу.) На этапе II следует объединить группы так, чтобы их осталось как можно меньше. Если испытуемый сделал больше трех групп, можно попросить оставить только три группы (этап III).

Форма заполнения протокола

Номер этапа	Номер группы	Обобщающее название группы, которое предлагает больной	Пояснения больного	Перечень карточек в группе (дается, если в этом имеется необходимость, например группа составлена пациентом не полностью, содержит неадекватные включения). В остальных случаях ответ рекомендуется помечать следующим образом: «Норма» или ««N»)

[*] *Интерференция* (в данном контексте) – наложение одной запоминаемой информации на другую, что может привести к нарушениям воспроизведения.

Параметры интерпретации методики

- Особенности поведения испытуемого в ходе работы (целенаправленность, аккуратность, степень концентрации и распределения внимания, контакт с экспериментатором);
- число групп, выделяемых испытуемым на этапе I, одиночные карточки, не попавшие ни в одну группу;
- характер обобщений;
- способность объединять группы, т.е. переходить на следующие этапы выполнения задания;
- способность подбирать названия групп;
- основания для классификации (разноплановость, последовательность суждений);
- одноименные группы.

Примеры выполнения методики

***Пример 1.* Больная, возраст 50 лет, образование среднее, диагноз «Параноидная шизофрения»**

Номер этапа	Номер группы	Обобщающее название группы	Пояснения больного	Перечень карточек в группе
1	2	3	4	5
I	1	Домашнее хозяйство	«*Жук летом животных кусает; ребенок держит в руке животное*».	Различные домашние животные, насекомые и ребенок
	2	Мебель	–	N
	3	Лесные звери	–	N
	4	Предметы обучения	–	N
	5	Портновские вещи	–	Сантиметр, катушка
	6	Фрукты	–	N
	7	Грибы	–	N
	8	Цветы	–	N
	9	Одежда	–	N
	10	Рабочий и мечтатель	«*Может быть, этому человеку нужно поставить штамп, что он свою работу сделал добросовестно*» (в ответ на вопрос экспериментатора, почему в одной группе рабочий и чернильница).	Рабочий, врач, чернильница

Окончание

1	2	3	4	5
	11	Умелые руки	–	Инструмент
	12	Спорт	–	Лыжи, мяч
	13	Птицы	–	Птицы
	14	Аквариум или природа	«*А вот коляска, она хорошо к морфлоту относится. Термометр тоже можно отнести к воде, и цветам нужна вода*».	Рыбы, моряк, весь транспорт, градусник, часы (хотела положить в эту группу и цветы, но потом раздумала)
	15	Посуда	–	Посуда
	16	Строительный инструмент	«*Уборщица тоже держит в руках строительный инструмент*».	Инструменты, женщина с метлой
	17	«Золотая осень»	«*Овощи необходимо взвешивать*»	Овощи, весы
II	–	**Природа**	***«Фрукты необходимо отнести к деревьям, на которых они растут»***	**«Все живое, кроме человека»**
III	1	Мастерская	«*Тот, кто сажает, тот и выращивает. На диване можно сидеть, резать, выполнять все работы*».	Инструменты
	2	Общее домашнее хозяйство	–	Посуда
	3	НН[1]		Несколько бессистемно объединенных групп

Общее поведение больной в ходе выполнения методики: пациентка многословна, охотно, хотя и нелогично, поясняет решения. Инструкцию в целом усваивает верно. На вопрос экспериментатора о том, правильно ли сложены группы, отвечает: «*Может быть, я и неправильно сложила, но может быть, они* (*карточки*) *и соответствуют друг другу*».

Интерпретация результатов. Прежде всего обращает на себя внимание бессистемность критериев, используемых как основания для классификации, легкость, с которой больная объединяет в одну группу разнородные предметы (см. группы 10, 14, 16, 17). Группы формируются и по общим – «мебель» (2), и по конкретно-ситуативным – «портновские вещи» (5), и по неадекватным, странным признакам – «рабочий и мечтатель» (10). При этом больная не замечает нелепости своих ответов, при

[1] НН – не может назвать.

всей многословности равнодушна к вопросам экспериментатора, призванным заставить ее задуматься о результатах работы. Ни разу больная не предложила после замечания экспериментатора другой вариант ответа. Именно такой бессистемный подход к формированию групп привел к невозможности адекватного выполнения задания (результаты этапа III). Все вышесказанное свидетельствует о *нарушении мотивационного компонента мышления в виде разноплановости* и *снижения критичности*. Несмотря на то что некоторые ответы больной выглядят примитивными, в действительности они основаны на использовании абстрактных критериев сходства, о чем свидетельствует, в частности, принцип формирования группы «аквариум или природа» – этап I (14). Общим признаком практически для всех входящих в эту группу предметов является связь с водой (рыбы, моряк, термометр, цветы), остальные предметы попали сюда в результате соскальзывания на побочные ассоциации (например, термометр и часы пациентка объединила по признаку «*средства измерения*», моряк и коляска – были поставлены в одну группу (14) потому, что больная видела их изображения на одной из карточек, выполняя задание в работе по методике «Исключение предметов»). Подобный способ выполнения задания свидетельствует о наличии *нарушения операционального компонента мышления искажения процесса обобщения*. Наконец, можно отметить склонность больной к подбору достаточно вычурных (для простого задания) названий групп: «Золотая осень», «Умелые руки», «Рабочий и мечтатель» и др.

***Пример 2.* Больная в возрасте 64 года, образование высшее, диагноз «Органическое тревожно-депрессивное расстройство»*:**

№ этапа	Номер группы	Обобщающее название группы	Пояснения больного	Перечень карточек в группе
1	2	3	4	5
I	1	Домашние животные	–	N
	2	Дикие звери	–	N
	3	Птицы	–	N
	4	Средства передвижения	–	N
	5	Насекомые	–	N
	6	Люди	–	N
	7	Одежда	–	N
	8	Цветы	–	N
	9	Посуда	–	N
	10	Инструменты	–	N
	11	Лес	–	N
	12	Рыбы	–	N
	13	Мебель	–	N
	14	Предметы обучения	–	N
II	**1**	**НН**	***«Люди пользуются одеждой».***	**Люди, одежда**

* Протокол предоставлен Т.В. Меркушовой.

Окончание

1	2	3	4	5
	2	**НН**	***«Насекомые садятся на цветы».***	**Насекомые, цветы**
	3	**НН**	***«Животные и птицы живут в лесу».***	**Дикие животные, птицы, лес**
	4	**НН**	***«Посуда и мебель нужны в доме».***	**Посуда, мебель**
	5	**Домашние животные**	–	**Домашние животные**
	6	**Рыбы**	–	**Рыбы**
	7	**Мебель**	–	**Мебель**
	8	**Для передвижения**	–	**Транспорт**
	9	**Инструменты**	–	**Инструменты**
III	1	НН	–	Животные, лес
	2	Инвентарь	–	Инструменты, мебель, посуда, предметы обучения
	3	НН	–	Одежда, люди, транспорт

Интерпретация результатов. Из протокола следует, что на этапе I больная не испытывает особых затруднений. Обобщение проводится на основе адекватных, достаточно типичных признаков. Однако переход к более высокому уровню обобщения – объединение выделенных групп на этапах II, III имеет существенные затруднения. Больная производит такое объединение на основе конкретно-ситуативных признаков: «*животные и птицы живут в лесу*» (этап II, группа 3). Группы, созданные по просьбе экспериментатора на завершающем этапе работы носят также конкретно-ситуативный характер, причем существенных различий между группами 2 и 3 не имеется, например, в группу 3 могли попасть любые другие неодушевленные предметы. Подобные действия свидетельствуют о *нарушении операциональной стороны мышления снижении уровня обобщения.*

В то же время можно отметить, что характер работы испытуемой свидетельствует о сохранности способности к целенаправленной деятельности.

Понимание пословиц и метафор

Методика может выполняться в двух вариантах: 1) испытуемого просят пояснить смысл пословицы, 2) испытуемого просят подобрать к ней наиболее подходящую фразу из списка.

Н.В. Беломестнова указывает, что для получения полной картины необходимо предъявлять больному 5–7 метафор и пословиц разной сте-

пени сложности – от широко известных до малоизвестных (*Беломестнова, Н.В.* Клиническая диагностика интеллекта: Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической практике / Н.В. Беломестнова. СПб., 2003).

Пословицы	Фразы к пословицам
Куй железо, пока горячо Цыплят по осени считают Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива Не красна изба углами, а красна пирогами Лучше меньше, да лучше Семь раз отмерь, а один раз отрежь Взялся за гуж, не говори, что не дюж Тише едешь, дальше будешь Не в свои сани не садись Не все то золото, что блестит	Зимой ездят на санях, а летом на телеге Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо Каждое утро овец выгоняют за деревню Нельзя питаться одними пирогами, надо есть и ржаной хлеб Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы Цыплята вырастают к осени О деле судят по результатам Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих Если не знаешь дела, не берись за него
Метафоры	Фразы к метафорам
Золотая голова Железный характер Ядовитый человек Каменное сердце Зубастый парень Глухая ночь	Умная голова Художник сделал статуэтку с позолоченной головой Золото ярче железа Человек высек на скале сердце Сильный характер Железо тверже меди У Ивана были крепкие и здоровые зубы Железная дорога Мальчик наелся сладостей и заболел Злой человек Его укусила ядовитая змея Черствое сердце Он всегда с камнем за пазухой Больной вместо лекарства глотнул яду

Интерпретация. Оценивается уровень понимания: абстрактный; на нескольких конкретных примерах; на единственном примере; буквальное понимание; приблизительное понимание. Учитывается разверну-

тость и грамматическая правильность формулировок, наличие склонности к резонерству, морализаторству.

Н.В. Беломестнова отмечает, что некоторые случаи правильной интерпретации пословиц больными с умственной отсталостью и с другими вариантами снижения уровня обобщения говорят не о сохранности мышления, а о том, что пациенты пользуются усвоенными речевыми штампами.

Примеры выполнения методики

Пример 1. Больная, возраст 72 года, диагноз «Инволюционная меланхолия».

Куй железо, пока горячо – «*Надо делать, пока есть возможность, а если остыло не стоит ковать*».

Яблоко от яблони недалеко падает – «*Какая мама, такие и дети*».

Не все то золото, что блестит – «*Можно накраситься, навесить на себя елочные игрушки, но не блестеть. Это зависит от характера женщины и от погоды*».

Пример 2. Больная, возраст 55 лет, диагноз «Шизофрения в состоянии ремиссии».

Куй железо, пока горячо – «*Когда хотят что-нибудь сделать*».

Шила в мешке не утаишь – «*Шило мелкое, а мешок большой*».

Яблоко от яблони недалеко падает – «*По-родственному*».

Интерпретация результатов. В примерах заметно, что больные, приблизительно улавливая смысл пословиц, не могут дать им точного пояснения, соскальзывая на бессмысленные рассуждения и побочные ассоциации. Практически ни одна пословица не была интерпретирована точно. Здесь речь может идти о резонерстве (пример 1), об искажении процесса обобщения (пример 1), о поверхностности суждений (примеры буквальных интерпретаций пословиц приведены в главе 2.1).

Сравнение понятий

Инструкция. Испытуемому предлагается пояснить, что общего между двумя понятиями и чем они отличаются. При этом среди пар понятий, которые являются достаточно легкими для сопоставления, предлагаются и те, что не имеют между собой ничего общего (в списке они будут выделены курсивом). Если испытуемый затрудняется при сравнении такой пары, необходимо *один раз* пояснить: «Если нет ничего общего, так и отвечайте». При интерпретации методики учитывается, на каком уровне – абстрактном или конкретном производится сравнение, т.е. наличие снижения уровня обобщения, насколько адекватные признаки служат основой для сравнения (наличие искажения процесса обобщения).

Стимульный материал:

корова – лошадь
летчик – танкист

лыжи – коньки
трамвай – автобус
глобус бабочка
озеро – река
дождь – снег
поезд игла
ось оса
обман – ошибка
река – птица
маленькая девочка – большая кукла
соловей – воробей
волк луна
ветер соль
медь золото
молоко – вода
тарелка лодка
корзина – сова
кошка – яблоко
очки деньги
ботинок карандаш

Примеры выполнения методики

Пример 1. Больной, возраст 24 года, первичное обследование, диагноз неизвестен.

Дождь – снег. «*Общее тоска, отличаются тем, что снег он сам по себе прекрасный, а дождь нет*».

Часы – река. «*Река не стоит на месте, время тоже, а так они совсем разные*».

Плащ – ночь. «*Абсолютно разные понятия*».

Поэма – статуя. «*Прекрасные предметы*».

Соловей – воробей. «*Птицы, но разных видов*».

Кошка – яблоко. «*Яблоко круглое, кошка тоже часто сидит в такой позе, но яблоко – плод, а кошка – животное*».

Глобус – бабочка. «*Земля и бабочка по сравнению с Вселенной маленькие*».

Медь – золото. «*Цветные металлы*».

Поезд – игла. «*Если посмотреть на поезд с самолета, он будет маленькой точечкой, по форме похожей на иглу*».

Пример 2. Больной, возраст 55 лет, образование среднее, диагноз «Шизофрения», обращается по поводу назначения группы инвалидности.

Корова – лошадь. «*Домашние животные, но разные*».

Летчик – танкист. «*Военные, управляющие разными видами транспорта*».

Лыжи – коньки. «*Используются зимой, но относятся к разным видам спорта*».

Глобус – бабочка. «Летают (психолог спрашивает: Что летает?), – «*Ах, это мяч летает, ну, глобус тоже круглый*».

Озера – река. «*Похожи водой, но в реке воды больше*».

Дождь – снег. «*Осадки, но выпадающие при разной температуре*».

Ось – оса. «*Имеют усики* (психолог спрашивает: «А у оси есть усики?»), – «*Ну, тогда не знаю*».

Обман – ошибка. «*Связаны с нечистоплотностью, моральной и физической*».

Река – птица. «*Солнышко, значит, радостно*».

Маленькая девочка – большая кукла «*Как игрушки*».

Волк – луна. «*Появляются в сумерках*».

Молоко – вода. «*Жидкости разного происхождения*».

Ветер – соль. «*Щиплются*».

Очки – деньги. «*Нет ничего общего*».

Кошка – яблоко. «*Нет ничего общего*».

Интерпретация результатов. В обоих примерах наблюдается искажение процесса обобщения. Больные используют для сравнения странные, неадекватные признаки (пример 1 «кошка – яблоко», пример 2 «волк –луна», «ветер – соль»). При этом у первого испытуемого нарушения более выражены и многочисленны. Результаты второго испытуемого, несмотря на то что отражают единичные случаи искажения процесса обобщения, свидетельствуют также о низкой интеллектуальной продуктивности. Различия между первым и вторым больным отражают, на наш взгляд, различия между начальной и конечной стадиями патологического процесса.

***Исключение предметов* (*Исключение четвертого*)**

Инструкция. Больному предъявляются карточки, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета. Найдя общий признак у трех предметов и придумав для них обобщающее название он должен исключить оставшийся предмет. Примерный перечень изображений приводится ниже (стимульный материал можно найти в книге: *Рубинштейн, С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / *С.Я. Рубинштейн.* М., 2004). Можно заметить, что не во всех случаях существует адекватный ответ (такие карточки провоцируют проявления искажения процесса обобщения), поэтому не следует настаивать на том, чтобы испытуемый обязательно что-то исключил. Нужно помнить, что искажение процесса обобщения проявляется спонтанно и быстро.

Стимульный материал:

конькобежец, лыжи, коньки, футбольный мяч
ботинок, нога, сапог, туфель
брюки, пальто, ремень, платье
ножницы, перочинный нож, опасная бритва, перо
замОк, зАмок, шалаш, дом
зонтик, фуражка, пистолет, барабан
книга, чемодан, портфель, кошелек
тумба, этажерка, шкаф, кровать
солнце, свеча, керосиновая лампа, электролампочка

конверт, радиоприемник, телефон, гитара
яблоко, книга, роза, пальто
катушка, трубка, ножницы, наперсток
клевер, лютик, колокольчик, кот
тарелка, чайник, бочка, ключ
лодка, мотоцикл, тачка, велосипед
пила, шуруп, сверло, топор
секундомер, очки, весы, термометр
часы наручные, часы с маятником, будильник с круглым циферблатом, монета
самолет, шуруп, оса, вентилятор
ведро, слон, утка, бабочка
стол, молоток, очки, летящая птица

Примеры выполнения методики[*]

Пример 1. Больной, возраст 64 года, диагноз «Церебральный атеросклероз»

кот +
замОк +
монета +
матрос +
воздушный шар. Не уверен; комментирует: «*Не понимаю, как можно объединить машину, самолет и корабль? Ведь одни плавают, а другие летают.*»
очки +
конверт +
солнце +
этажерка. «*Не уверен*».
птица. «*Предметы хозяйства*».
сапог. «*Не уверен*».
книга. «*Предметы, необходимые в хозяйстве*».
сверло. «*Оно нужно в хозяйстве в последнюю очередь*».
трубка +
катушка. «*Она пустая, не нужна, а остальные пришиваются к одежде*».

Пример 2. Больной, возраст 18 лет, образование среднее, обратился впервые, диагноз не установлен (предполагаемый диагноз «Шизофрения»).

Из двенадцати предъявленных карточек справился с одиннадцатью. При предъявлении карточки с рисунком пистолета, зонтика, фуражки, барабана дает следующий ответ: «*Наверное, нужно исключить пистолет, он выделяется сразу. Однако можно по-разному объединить: зонт, пистолет и барабан это ручные предметы, а шапка одевается на голову или барабан – так как остальные предметы – для защиты, фуражка, например, защищает от холода*». На вопрос экспериментатора: «Какой вариант он считает самым правильным?», – отвечает – «*Все это совершенно неважно*».

[*] Правильный ответ обозначен знаком (+).

Пример 3. Больной, возраст 25 лет, образование высшее, обратился к врачу впервые, дифференциальный диагноз «соматоформное расстройство («Ипохондрия»)» – «Шизофрения»).

Все ответы правильные, кроме:

– исключает из группы (часы наручные, часы с маятником, будильник с круглым циферблатом, монета) часы наручные: «*Это деловая вещь, а остальные относятся к врачам и ученым*»;

– исключает из группы (самолет, шуруп, оса, вентилятор) самолет: «*Он быстрее всех летает*»;

– из группы (тумба, этажерка, шкаф, кровать) исключается кровать. «*Она мягкая, а все остальные твердые*»;

– из группы (пила, шуруп, сверло, топор) исключает топор. «*Им убить можно*».

Интерпретация результатов. В примере 1 речь идет о снижении уровня обобщения (показательно, например, выполнение карточки с рисунком воздушного шара). Кроме того, больной демонстрирует определенную вязкость мышления, так как не может переключиться на другой признак, помимо «использования в хозяйстве». В примере 2 речь идет о разноплановости. Пример 3 отражает наличие искажения процесса обобщения, склонность к необычным, причудливым ассоциациям.

Пиктограмма

Инструкция. Испытуемому дают лист бумаги формата А 4, карандаш и предлагается следующая инструкция: «Эта методика предназначена для проверки памяти. Вам будут названы слова и словосочетания, которые необходимо запомнить. Для того чтобы облегчить запоминание, на каждое слово нужно сделать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог вспомнить названное слово. Качество рисунка не имеет значения. Слова, буквы и цифры использовать нельзя». Далее испытуемому для запоминания предлагаются слова и словосочетания, которые называются в одной и той же последовательности.

Стимульный материал:

1. Веселый праздник
2. Вкусный ужин
3. Тяжелая работа
4. Болезнь
5. Печаль
6. Счастье
7. Любовь
8. Развитие
9. Разлука
10. Обман
11. Победа
12. Подвиг
13. Вражда
14. Сомнение

15. Справедливость.

16. Дружба*.

Через 30–40 мин испытуемому предлагается вспомнить предложенные слова. При проведении патопсихологического исследования целесообразно предлагать методику вначале, а в конце исследования проверять отсроченное воспроизведение слов.

Несмотря на то что методика разрабатывалась для исследования опосредованного запоминания, она позволяет определить уровень развития интеллекта, нарушения мышления и эмоциональной сферы, а также способности к планомерным, целенаправленным действиям. Очевидно, что *без учета объяснений испытуемым своих действий методика не несет достаточной ценности*. Многие люди дают свои объяснения спонтанно, другие – после расспросов. Отказ прокомментировать ассоциации является, скорее, нетипичным явлением. В работу испытуемого не следует активно вмешиваться, даже когда он игнорирует инструкцию. Если имеются подозрения, что испытуемый забыл правила выполнения методики, можно один раз их напомнить.

Примерная форма ведения протокола приводится ниже:

№	Слово(а)	Рисунок	Пояснения испытуемого	Воспроизведение
1.				

Как видно из представленного выше стимульного материала, изображение различных понятий сопряжено с определенной сложностью. Сложность может быть связана как с пониманием смысла абстрактных понятий (развитие, справедливость), так и с невозможностью подобрать адекватную с точки зрения удобства изображения ассоциацию (например, большинству испытуемых понятно, что такое обман, но подбор рисунка на это слово представляет значительные сложности даже для здоровых людей).

Анализ данных пиктограммы проводится на основе учета следующих параметров:

1. *Отношение испытуемого к заданию*: отношение к инструкции, понимание инструкции, критичность, планомерность работы, наличие/отсутствие интереса, старательность, наличие/отсутствие мотива экспертизы, проявление других мотивов, напр., самоутверждения, самовыражения.

2. *Графические особенности*: (расположение рисунков на листе, их размер, степень дифференцированности, нажим, наклон, штриховка и пр.

3. *Содержание образов*: в соответствии с этим параметром выделяют фотографические, конкретные, метафорические, атрибутивные, абстрактные, фрагментарные, стереотипные, а также множественные образы.

---

* Вариант, предложенный Б.Г. Херсонским: *Херсонский, Б.Г.* Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б.Г. Херсонский. СПб., 2003.

Рисунки могут отражать понятие с разной степенью абстрактности. *Конкретные образы* соотносятся с конкретной ситуацией. К ним относится большинство рисунков, включающих изображение целостной человеческой фигуры. Например, печаль – человек плачет. Они часто могут быть индивидуально значимыми. Однако некоторые лишь внешне кажутся связанными с понятием конкретной ассоциацией. В действительности эта связь является надуманной: сомнение – табуретка. «*Сомневаюсь, из чего она сделана*». Такие образы следует называть *псевдоконкретными*. Они довольно часто встречаются в пиктограммах больных шизофренией. В *метафорических образах* абстрактная ситуация выражается через конкретный предмет: палец со стрелкой – обман. «*Обвести вокруг пальца*». В *атрибутивных образах* на рисунке изображен существенный признак понятия, например: веселый праздник – елка; тяжелая работа – лопата. Также в пиктограммах встречаются *символические образы* (геометрические, графические, грамматические). Символы могут быть общепринятыми или же продуцироваться пациентом по роду исследования. Основой для отнесения образа к категории символов является абстрактный характер ситуации, а не абстрактный характер изображения. Приведем примеры. На слово «сомнение» больной рисует черно-белый круг, поясняя: «*Сомневаюсь, черное или белое*». Здесь связь является конкретной, в то время как изображение весов, кодекса законов необходимо рассматривать как символической образ, несмотря на то что изображен конкретный предмет. Символы могут различаться в зависимости от их индивидуальной значимости для испытуемого.

4. *Адекватность образа*: абстрактность, экономичность изображения, легкость для запоминания и установления ассоциаций.

5. *Характер объяснений*: спонтанные, вынужденные, скупые, пространные с элементами резонерства, алогичные и др.

6. *Динамика*: врабатываемость, истощаемость, общая скорость выполнения задания. Определяя план обследования, стоит отводить на выполнение задания около 30 мин (необходимо помнить, что этот временной показатель не является абсолютной нормой).

Продуктивность припоминания: качество припоминания, ошибки и причины их появления.

Как правило, *в пиктограммах здоровых людей* преобладают атрибутивные и конкретные образы.

Проявления нарушений памяти в методике «Пиктограмма» у пациента могут быть связаны с невозможностью осмысления слова, невозможностью установления адекватной связи между словом и рисунком, с невозможностью воспроизведения, с патологическим уходом в опосредование (как это часто встречается у больных эпилепсией), с изменениями личности.

Примеры выполнения методики

Пример 1. **Пиктограмма больного с последствиями черепно-мозговой травмы**

Номер	Слово(а)	Рисунок	Комментарий	Воспроизведение задания
1	Веселый праздник	Человек держит шарик и гирлянды	–	Праздник
2	Тяжелая работа	Человек что-то несет на поднятых вверх руках	Человек несет на себе тяжесть	Тяжелый материал
3	Вкусный ужин	Что-то на столе	Торт	Ужин
4	Болезнь	Человек на кровати	Когда на кровати лежит человек	Больной
5	Печаль	Человек	Когда человек расстроен и плачет	Воспроизводит
6	Счастье	Два человека	Когда два человека дружат	Дружба
7	Любовь	Два человека близко друг к другу	Когда вдвоем стоят и целуются	Воспроизводит
8	Развитие	Человек со штангой	Когда человек поднимает штангу, развиваются мышцы	Не воспроизводит
9	Разлука	Два человека	Когда человек прощается с другим человеком	Воспроизводит
10	Обман	Человек	Когда человек на кого-то сердится	Не воспроизводит
11	Победа	Две человека с поднятыми руками	Радуются	Тревога
12	Дружба	Два человека держатся за руки	Дружат	Не воспроизводит

От дальнейшей работы отказывается, заявляя, что устал и у него не получается.

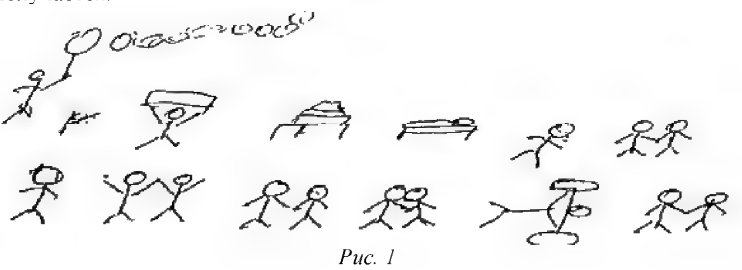

Рис. 1

Интерпретация примера 1. Пиктограмма представляет собой типичный пример снижения уровня обобщения после черепно-мозговой травмы. Мы видим персеверации (обратите внимание на «гирлянды», которые образовались как результат насильственно повторяемых круговых движений). Также бросается в глаза стереотипное содержание рисунков (в основном «человечки», лишь один рисунок обходится без них). Являясь на первый взгляд самым простым способом отображения понятия, такие рисунки при их большом количестве только мешают процессу опосредованного запоминания. Связь между словом и рисунком, которая устанавливается таким образом, носит достаточно формальный характер. Неудивительно, что большую часть слов больной воспроизводит, путая содержание рисунков («тревога» вместо «победа»).

Пример 2. **Пиктограмма больной с диагнозом «Шизофрения»**

№ п/п	Слово(а)	Рисунок	Комментарий	Воспроизведение задания*
1	Веселый праздник	Свеча	Что-то церковное	+
2	Тяжелая работа	Молоток	–	+
3	Вкусный ужин	Торт	Интерес к белку и к жиру. Очень хочется крема жирного	+
4	Болезнь	Градусник	–	+
5	Печаль	Человек	Печальный человек	+
6	Счастье	Восходящее солнце	Солнце, утро, восход	+
7	Любовь	Цветок	–	+
8	Развитие	Вьюнок и спираль	Вьюнок вьется или речка, или спираль	+
9	Разлука	Разбитое блюдце	Когда разбилось, приходится выбрасывать, с ним покончено	+
10	Обман	Чемоданчик с надписью	Это Гербалайф	+
11	Победа	Рукопожатие	–	+
12	Подвиг	Костер	Огонь, подвиг – это что-то зажигательное	+
13	Вражда	Зубы	«Жевать» человека, действовать ему на нервы	+
14	Сомнение	Слон	Он в основном стоит, мало шевелится и как бы думает, что ему сделать	+
15	Справедливость	Деньги	Когда платишь, и в жизни время настало – Судный День – точка отсчета. Но сейчас это деньги	+
16	Дружба	Роза	Знак внимания	+

* Правильный ответ обозначен знаком (+).

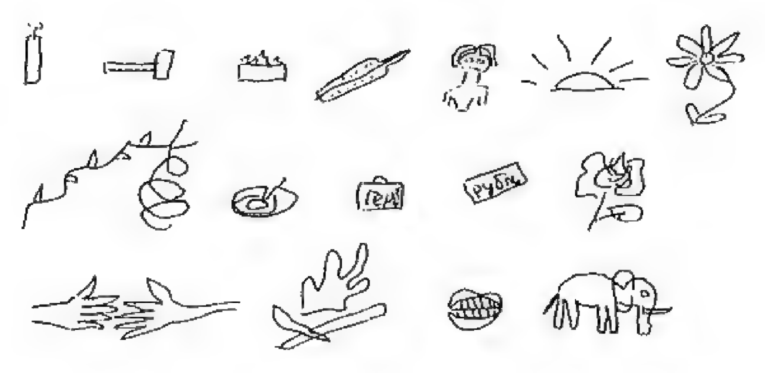

Рис. 2

Интерпретация результатов. Пиктограмма представляет прекрасную иллюстрацию необходимости расспрашивать испытуемого о том, что и почему он рисует. На первый взгляд, пиктограмма производит хорошее впечатление: рисунки отчетливые и аккуратные, расположены упорядоченно, подобраны образы ко всем стимульным словам. Однако исследование содержания рисунков и особенно пояснений больной позволяет выявить такие нарушения мышления, как искажение процесса обобщения (9; 13; 14; 16) и разноплановость (8).

***Пример 3.* Пиктограмма больного с диагнозом «Шизофрения»**

№ п/п	Слово или словосочетание	Рисунок	Комментарий	Воспроизведение задания
1	Веселый праздник	Улыбающееся лицо	–	+
2	Тяжелая работа	Рисунок неразборчивый	Орудие такое, типа кирки	+
3	Вкусный ужин	Тарелка	Тарелка с блюдом	+
4	Болезнь	Кровать	–	+
5	Печаль	Облака	Какие-то облака, может быть, со снегом, с дождем	+
6	Счастье	Солнце	Солнышко	+
7	Любовь	Улыбка	Это может быть улыбка	+
8	Развитие	Бутон	Маленький бутончик (будет развиваться в цветок)	+
9	Разлука	Две дуги	В разные стороны расходятся	+
10	Обман	Две черточки	Вот правда (показывает на верхнюю), а вот обман	+
11	Победа	!	Восклицание	+
12	Подвиг	Отказ рисовать	–	–
13	Вражда	Две стрелки	–	+

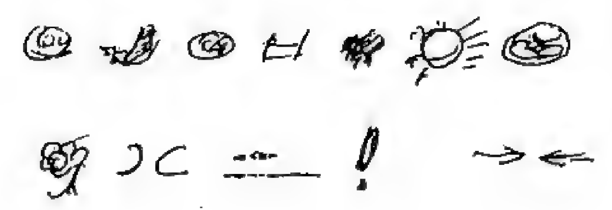

Рис. 3

Интерпретация результатов. Несмотря на то что рисунки в пиктограмме упорядочены, а качество воспроизведения высокое, имеются неадекватные образы, связанные с формальными, вычурными ассоциациями (обман, победа). Например, восклицательный знак никак не характеризует победу, его можно с тем же успехом предложить в качестве образа для слова «счастье» или «подвиг».

***Пример 4.* Пиктограмма больной с диагнозом «Шизофрения»**

№ п/п	Слово(а)	Рисунок	Комментарий	Воспроизведение
1	Веселый праздник	Цветы	Украшенный зал	+
2	Тяжелая работа	Лопата	–	+
3	Вкусный ужин	Котлета	–	Ужин
4	Болезнь	Какие-то капельки	Ангина, кашель	Болезни
5	Печаль	Гроб	Смерть человека какого-то	+
6	Счастье	Пишет, вопреки инструкции слово «здоровье»	Это когда человек здоровый, всем обеспечен	Самое ценное
7	Любовь	Собака	Любовь к животным	+
8	Развитие	Колосок + соответствующая надпись	Развитие сельского хозяйства	+
9	Разлука	Человек	Разлука с человеком	+
10	Обман	Пишет: «нечестно обойтись с человеком»	Проговаривает то, что пишет	+
11	Победа	Пишет «одержать власть», рисует флаг	Одержать над кем-то власть	Одержать власть
12	Вражда	Пишет слово «мстить»	То же самое проговаривает	Несправедливо обойтись с человеком
13	Справедливость	Пишет «черта характера»	Справедливо отражать достоинства человека	Черта характера

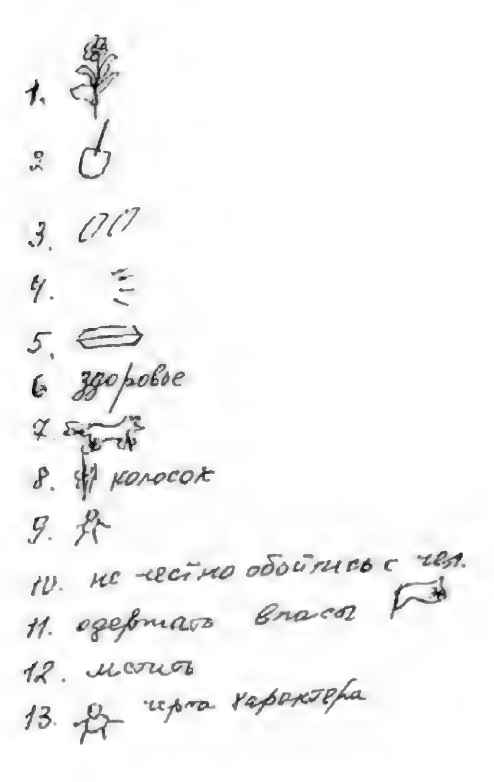

Рис. 4

Интерпретация. Данную пиктограмму можно рассматривать как пример псевдоконкретных, фрагментарных образов, а также грубого нарушения инструкций.

Таблицы Шульте

Данная методика используется как для диагностики внимания, так и для диагностики умственной работоспособности. Испытуемому дается инструкция как можно быстрее отыскивать числа в каждой таблице в порядке возрастания, отдыхать между выполнением таблиц не позволяется. Фиксируется время выполнения каждой из таблиц, а также наличие и характер ошибок. В норме среднее время выполнения каждой таблицы равняется 45–50 сек., существенного увеличения времени от первой таблицы к пятой не происходит.

Таблица 1

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Таблица 2

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
8	15	10	2	22

Таблица 3

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

Таблица 4

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

Таблица 5

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

Методики диагностики деменции[1]

В диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей имеет значение сопоставление результата, полученного по методике «Батарея лобной дисфункции» (FAB) и результата, полученного по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE)[2]. О лобной деменции говорит низкий результат FAB (ме-

[1] Адаптация В.В. Захарова: *Захаров, В.В.* Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. 2004. № 10.

[2] *Folstein, M.F.* Mini-Mental State: a practical guidefor grading the mental state of patients for me clinician / M.F. Folstein [et al.] // Journal of Psychiatric Research. 1975, V. 12. P. 189–198. (Источник: Захаров В.В. Диагностика деменции. Методические рекомендации / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. М., 2004).

нее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE (24 и более баллов). При деменции альцгеймеровского типа легкой выраженности, напротив, снижается прежде всего показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). Наконец, при умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижается как показатель MMSE, так и показатель FAB.

Краткая шкала оценки психического статуса

Этот тест обладает высокой *специфичностью* для определения деменции. Ложно положительная диагностика деменции отмечается лишь в 8% случаев и обычно связана с наличием депрессии или другими поведенческими нарушениями. Выполнение этого теста зависит от уровня образования. В частности, неграмотность будет приводить к невозможности выполнения заданий на чтение и письмо. Выполнение теста ухудшается и с возрастом. Здоровым пожилым лицам бывает трудно справиться с заданиями на память и концентрацию. Поэтому результат теста 25–27 у пожилых лиц нельзя считать однозначно патологическим. *Чувствительность* теста существенно ниже и составляет 79%. Больные с преддементными когнитивными расстройствами и легкой степенью деменции могут набрать достаточно высокий балл. Поэтому хорошее выполнение данного теста не позволяет полностью исключить возможность негрубых когнитивных расстройств. Тест состоит из нескольких заданий.

Ориентировка во времени. Попросите больного полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы, если больной называет только число, могут быть следующие: «Какого месяца?», «Месяц какого года?», «Какой день недели?» Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

Ориентировка в месте. Задается вопрос: «Где мы находимся?». Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

Восприятие. Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: яблоко, стол, монета». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в 1 балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил (максимально до 5 раз), однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

Концентрация внимания. Необходимо последовательно вычесть из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»). Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая

ошибка снижает оценку на 1 балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез», ставится 4 балла; если «ялмзе» – 3 балла и т.д.

Память. Предлагается вспомнить слова, которые уже заучивались (яблоко, стол, монета). Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл. Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично – часы. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл. Просят больного повторить сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в 1 балл. Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в 1 балл. Дается письменная инструкция (например, «Закройте свои глаза.»); больного просят прочитать ее и выполнить. Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. Предложение должно содержать подлежащее и сказуемое, а также иметь смысл. При этом правильность грамматики и пунктуации не оценивается. Больному дается образец (два перекрещенных пятиугольника с равными углами и сторонами примерно 2,5 см), который он должен перерисовать на чистой нелинованной бумаге.

Если при перерисовке возникают пространственные искажения или линии не соединены, выполнение команды считается неправильным. При этом не учитываются искажения фигур, обусловленные тремором.

Интерпретация результатов. Результат теста получается путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты теста могут иметь следующее значение:

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;
11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

Тест рисования часов

Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Психолог говорит: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате, и чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два». Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. У здоровых людей это задание никогда не вызывает затруднений.

Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по десятибалльной шкале:

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности расположения стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаково;

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;

3 балла – числа и циферблат более не связаны друг с другом;

2 балла – деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;

1 балл – больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.

Для дифференциального диагноза данных состояний при неправильном самостоятельном рисунке больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами.

При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется.

При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.

Шкала общего ухудшения **(*Global Deterioration Rating*)**

Принципы оценки нарушений по этой шкале следующие: 2-я и 3-я позиции данной Шкалы соответствуют легкому когнитивному расстройству, а 4–7-я – деменции. Ниже приводится расшифровка показателей по данной шкале.

1 *нет ни субъективных, ни объективных симптомов нарушений памяти или других когнитивных функций*;

2 *очень мягкие расстройства*: *жалобы на снижение памяти, чаще всего двух видов*:

а) – не помнит, что куда положил;

б) забывает имена близких знакомых.

В беседе с больным нарушения памяти не выявляются. Больной полностью справляется с работой и самостоятелен в быту. Адекватно встревожен имеющейся симптоматикой;

3 *мягкие расстройства: негрубая, но клинически очерченная симптоматика. Не менее одного из следующих*:

а) невозможность найти дорогу при поездке в незнакомое место;

б) сослуживцы пациента знают о его когнитивных проблемах;

в) трудности поиска слова и забывчивость на имена очевидна для домашних;

г) пациент не запоминает то, что только что прочел;

д) не запоминает имена людей, с которыми знакомится;

е) куда-то положил и не смог найти важный предмет;

ж) при нейропсихологическом тестировании может отмечаться нарушение серийного счета.

Объективировать когнитивные расстройства при этой степени выраженности можно лишь с помощью тщательного исследования высших мозговых функций. Нарушения могут сказываться на работе и в быту. Больной начинает отрицать имеющиеся у него нарушения. Часто легкая или умеренная тревожность;

4 *умеренные нарушения: очевидная симптоматика.* Основные проявления:

а) пациент недостаточно осведомлен о происходящих вокруг событиях;

б) нарушена память о некоторых событиях жизни;

в) нарушен серийный счет;

г) нарушена способность находить дорогу, осуществлять финансовые операции и т.д.

Обычно нет нарушений: а) ориентировки во времени и в собственной личности; б) узнавания близких знакомых; в) способности находить хорошо знакомую дорогу.

Неспособность выполнения сложных заданий. Отрицание дефекта становится основным механизмом психологической защиты. Отмечается уплощение аффекта и избегание проблемных ситуаций.

5 *умеренно тяжелые нарушения: утрата независимости.* Невозможность припомнить важные жизненные обстоятельства, например, домашний адрес или телефон, имена членов семьи (например, внуков), название учебного заведения, которое заканчивал. Обычно дезориентация во времени или в месте. Трудности серийного счета (от 40 по 4 или от 20 по 2). В то же время основная информация о себе и окружающих сохранна. Пациенты никогда не забывают собственное имя, имя супруга и детей. Не требуется посторонней помощи при еде и естественных отправлениях, хотя могут быть трудности при одевании;

6 *тяжелые нарушения*: не всегда возможно припоминание имени супруга или другого лица, от которого имеется полная зависимость в повседневной жизни. Амнезия на большинство событий жизни. Дезориентация во времени. Трудности счета от 10 до 1, иногда также от 1 до 10. Большую часть времени нуждается в посторонней помощи, хотя иногда сохраняется способность находить хорошо знакомую дорогу. Часто нарушается цикл «сон – бодрствование». Почти всегда сохранно припоминание собственного имени. Обычно сохранно узнавание знакомых людей. Изменяется личность и эмоциональное состояние.

Могут быть: а) бред и галлюцинации, например, идеи о том, что супруга подменили, разговор с воображаемыми лицами или с собственным отражением в зеркале; б) навязчивости; в) тревожность, психомоторное возбуждение, агрессия; г) когнитивная абулия – отсутствие целенаправленной деятельности в результате утраты способности к ней;

7 *очень тяжелые нарушения.* Обычно отсутствует речь. Недержание мочи, необходима помощь при приеме пищи. Утрачиваются основные психомоторные навыки, в том числе навык ходьбы. Мозг больше не способен руководить телом. Отмечаются неврологические симптомы декортикации.

Батарея лобной дисфункции (*FAB*)[1]

Методика была предложена для скрининга деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых структур мозга, т.е. когда чувствительность MMSE может быть недостаточной. Она включает следующие задания:

1. *Концептуализация.* Пациента спрашивают: «Что общего между яблоком и грушей?». Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение («Это фрукты»). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: «Что общего между пальто и курткой?»... «Что общего между столом и стулом?» и т.д. Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте – 3, минимальный – 0.

2. *Беглость речи.* Пациента просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «С». При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту – 3 балла, от 7 до 9 – 2 балла, от 4 до 6 – 1 балл, менее 4 – 0 баллов.

3. *Динамический праксис.* Больному предлагается повторить за врачом три движения: 1) кулак ставится горизонтально, параллельно поверхности стола); 2) ребро (кисть) ставится вертикально на медиальный край); 3) ладонь (кисть) ставится горизонтально, ладонью вниз. Врач показывает серию этих движений: 1), 2), 3). При первом предъявлении больной только следит за врачом, при втором – повторяет движения врача, наконец, последующие две серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки недопустимы. Результат: правильное выполнение трех серий движений – 3 балла, двух серий – 2 балла, одной серии (совместно с врачом) – 1 балл.

4. *Простая реакция выбора.* Больному дается инструкция: «Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будет выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается следующий ритм: 1–1–2–1–2–2–2–1–1–2. Оценка результата: правильное выполнение – 3 балла, не более 2 ошибок – 2 балла, много ошибок – 1 балл, полное копирование ритма врача – 0 баллов.

5. *Усложненная реакция выбора.* Дается инструкция: «Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается ритм: 1–1–2–1–2–2–2–1–1–2. Оценка результата производится аналогично предыдущему заданию.

---

[1] *Dubois, B.* The FAB: a frontal assessment battery at bedside. Neurology / B. Dubois [et al.]. 2000; V. 55, N 3. P. 1621–1626. Источник: *Захаров, В.В.* Диагностика деменции. Методические рекомендации / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. М., 2004.

6. *Исследование хватательных рефлексов.* Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого, и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует, ставится 1, в противном случае – 0 баллов.

Таким образом, результат теста может варьировать от 0 до 18; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям.

Методики для оценки личности и эмоционального состояния

Шкала самооценки тревоги Шихана

Обработка и интерпретация результатов. Испытуемый должен оценить перечисленные ниже симптомы в зависимости от того, насколько сильно в течение последней недели они его беспокоили (0 – не беспокоили, 1 – немного беспокоили, 2 – умеренно беспокоили, 3 – сильно беспокоили, 4 – очень сильно беспокоили. Уровень тревоги выше 30 баллов обычно считают анормальным; выше 80 – высоким. Средний уровень при паническом расстройстве составляет 57 баллов. Целью лечения должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Симптомы: 1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащенное дыхание. 2. Ощущение удушья или комка в горле. 3. Сердце скачет, колотится, готово выскочить из груди. 4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди. 5. Профузная потливость («пот градом»). 6. Слабость, приступы дурноты, головокружения. 7. «Ватные», «не свои» ноги. 8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия. 9. Тошнота или неприятные ощущения в животе. 10. Ощущение того, что все окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстраненным. 11. Ощущение, что все плывет, «нахожусь вне тела». 12. Покалывание или онемение в разных частях тела. 13. Приливы жара или озноб. 14 Дрожь (тремор). 15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное. 16. Страх сойти с ума или потери самообладания. 17. Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ. 18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е. когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ). 19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е. когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ). 20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того как Вы готовитесь сделать что-то, что, по Вашему опыту, может вызвать тревогу, причем более сильную, чем ту, что в таких ситуациях испытывает большинство людей.

21. Избегание пугающих Вас ситуаций. 22. Состояние зависимости от других людей. 23. Напряженность и неспособность расслабиться. 24. Тревога, «нервозность», беспокойство. 25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению. 26. Приступы поноса. 27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье. 28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости. 29. Головные боли или боли в шее. 30. Трудности засыпания. 31. Просыпания среди ночи или беспокойный сон. 32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода. 33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг Вас. 34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые Вам кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими. 35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, повторные перепроверки, перемывание и пересчет при отсутствии в этом действительной необходимости.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии

7 баллов оцениваются как нормальный уровень, 8–10 баллов – как субклиническая тревога (депрессия, более 11 баллов – выраженная тревога) депрессия.

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности):

0 – отсутствие; 1 – выражение указанного чувства только при прямом вопросе; 2 – жалоба высказывается спонтанно; 3 – определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость); 4 – пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально.

2. Чувство вины:

0 – отсутствие; 1 – самоуничижение, считает, что подвел других; 2 – чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах; 3 – настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности; 4 – вербальные галлюцинации обвиняющего и (или) осуждающего содержания, и (или) зрительные галлюцинации угрожающего содержания.

3. Суицидальные намерения:

0 – отсутствие; 1 – чувство, что жить не стоит; 2 – желание смерти или мысли о возможности собственной смерти; 3 – суицидальные высказывания или жесты; 4 – суицидальные попытки.

4. Ранняя бессонница:

0 – отсутствие затруднений при засыпании; 1 – жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут); 2 – жалобы на невозможность заснуть каждую ночь.

5. Средняя бессонница:

0 – отсутствие; 1 – жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи; 2 – многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели.

6. Поздняя бессонница:

0 – отсутствие; 1 – раннее пробуждение с последующим засыпанием; 2 – окончательное раннее утреннее пробуждение.

7. Работоспособность и активность:

0 – отсутствие трудностей; 1 – мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби; 2 – утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность); 3 – уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности; 4 – отказ от работы вследствие настоящего заболевания.

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности):

0 – нормальная речь и мышление; 1 – легкая заторможенность в беседе; 2 – заметная заторможенность в беседе; 3 – выраженные затруднения при проведении опроса; 4 – ступор.

9. Ажитация:

0 – отсутствие; 1 – беспокойство; 2 – беспокойные движения руками, теребление волос; 3 – подвижность, неусидчивость; 4 – постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ.

10. Психическая тревога:

0 – отсутствие; 1 – субъективное напряжение и раздражительность; 2 – беспокойство по незначительным поводам; 3 – тревога, выражающаяся на лице и в речи; 4 – страх, выражаемый и без расспроса.

11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги – гастроинтестинальные – сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые – сердцебиение, головные боли; дыхательные – гипервентиляция, одышка + учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение):

0 – отсутствие; 1 – слабая; 2 – средняя; 3 – сильная; 4 – крайне сильная.

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы:

0 – отсутствие; 1 – утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе; 2 – прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов.

13. Общие соматические симптомы:

0 – отсутствие; 1 – тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил; 2 – любые резко выраженные симптомы.

14. Генитальные симптомы (утрата либидо, менструальные нарушения):

0 – отсутствие симптомов; 1 – слабо выраженные; 2 – сильно выраженные.

15. Ипохондрия:

0 – отсутствие; 1 – поглощенность собой (телесно); 2 – чрезмерная озабоченность здоровьем; 3 – частые жалобы, просьбы о помощи; 4 – ипохондрический бред.

16. Потеря в весе (оценивается либо А, либо Б):

А. По данным анамнеза:

0 – отсутствие; 1 – вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием; 2 – явная (со слов) потеря в весе; 3 – не поддается оценке.

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно:

0 – менее 0,5 кг в неделю; 1 – более 0,5 кг; в неделю; 2 – более 1 кг в неделю; 3 – не поддается оценке.

17. Критичность отношения к болезни:

0 – осознание болезни; 1 – осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомления и т.д.; 2 – полное отсутствие сознания болезни.

18. Суточные колебания (пункт Б оценивается при наличии расстройств в пункте А).

А. Когда симптомы более выражены:

0 – отсутствие колебаний; 1 – утром; 2 – вечером.

Б. Степень выраженности:

0 – отсутствие; 1 – слабые; 2 – сильные.

19. Деперсонализация и дереализация (измененность себя, окружающего):

0 – отсутствие; 1 – слабая; 2 – умеренная; 3 – сильная; 4 – непереносимая.

20. Параноидальные симптомы:

0 – отсутствие; 1 – подозрительность; 2 – идеи отношения; 3 – бред отношения, преследования.

21. Обсессивные и компульсивные симптомы:

0 – отсутствие; 1 – легкие; 2 – тяжелые.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги

7 баллов оцениваются как нормальный уровень, 8–10 баллов – как субклиническая тревога / депрессия, более 11 баллов – выраженная тревога / депрессия.

1. Тревожное настроение (озабоченность, тревожные опасения, раздражительность).

2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).

3. Страхи (темноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта).

4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сны).

5. Интеллектуальные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти).

6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания настроения).

7. Соматические мышечные симптомы (боли, подергивания, напряжение, судороги, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).

8. Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания).

9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, боль в груди, пульсация в сосудах).

10. Респираторные симптомы (сжатие в груди, удушье, учащенное дыхание).

11. Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела).

12. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, менорагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция).

13. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения).

14. Поведение при осмотре (ерзанье на стуле, беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны).

Опросник депрессии (А. Бек)[*]

Инструкция: «В опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу. Затем определите в каждой группе *одно* утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Обведите кружком номер этого утверждения напротив соответствующей группы утверждений, отмеченной римской цифрой. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочитали все утверждения в данной группе». О выраженной депрессии можно говорить, если общий балл более 18, а о средней (умеренной) депрессии – если общий балл колеблется от 11 до 17.

I	**0**	**Я не испытываю печаль**
	1	**Я испытываю печаль, мне грустно**
	2а	**Я испытываю печаль, мне грустно все время и я не могу избавиться от этого чувства**
	2б	**Мне так грустно, я настолько несчастлива, что это причиняет мне боль**
	3	**У меня такое плохое настроение, я настолько несчастлива, что это просто невыносимо**
II	0	Мысли о будущем не вызывают у меня уныние, удрученность
	1	Мне становится грустно, когда я думаю о будущем
	2а	Я считаю, что от будущего мне ничего хорошего ожидать не стоит
	2б	Я считаю, что никогда не смогу разрешить свои проблемы
	3	Я считаю, что будущее безнадежно и ничто в лучшую сторону измениться не может

[*] В тексте приводится женский вариант методики.

III	**0**	**Я не считаю себя неудачницей**
	1	**Я считаю, что терпела неудачи чаще, чем «средний» человек**
	2а	**Я считаю, что сделала очень мало, что имеет хоть какую-нибудь ценность, значимость**
	2б	**Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу – это цепь неудач**
	3	**Я считаю, что как личность (отец, мать, жена, муж) я потерпела полное поражение**
IV	0	Я не испытываю выраженной неудовлетворенности, недовольства
	1	Большую часть времени я испытываю скуку
	2	Я больше ни от чего не получаю удовольствие
	3	Я недовольна и неудовлетворена всем
V	**0**	**Я не чувствую себя в чем-то виновной**
	1	**Я нередко думаю, что я плохой, никчемный человек**
	2а	**Я себя чувствую виновной**
	2б	**Сейчас почти все время я считаю себя плохим, никчемным человеком**
	3	**Я чувствую себя так, как будто я очень плохой и ни к чему не годный человек**
VI	0	Я не считаю, что я наказана
		У меня такое чувство, что что-то нехорошее может случиться со мной
	2	Я считаю, что я наказана или буду наказана
	3а	Я считаю, что я заслуживаю наказание
	3б	Я хочу быть наказанной
VII	**0**	**Я не разочарована в себе**
	1а	**Я разочарована в себе**
	1б	**Я себе не нравлюсь**
	2	**Я испытываю отвращение к себе**
	3	**Я ненавижу себя**
VIII	0	Я не считаю, что я хуже других
	1	Я осуждаю себя за свои слабости, ошибки
	2а	Я виновата во всем, что происходит не так, как хотелось бы
	2б	Я считаю, что у меня много недостатков
IX	**0**	**Я не думаю о том, чтобы причинить себе вред**
	1	**У меня есть мысли о самоубийстве, но я никогда этого не сделаю**
	2а	**Я считаю, что лучше было бы, если бы я умерла**
	2б	**У меня есть определенные планы насчет самоубийства**
	2в	**Я считаю, что моей семье было бы лучше, если бы я умерла**
	3	**Если бы я могла, я бы убила себя**

X	0	Я не плачу чаще, чем обычно
	1	Я плачу чаще, чем обычно
	2	Я сейчас все время плачу и не могу остановиться
	3	Раньше я плакала, но сейчас я совсем не могу плакать, даже если хочу
XI	**0**	**Я сейчас не более раздражительна, чем обычно**
	1	**Сейчас у меня легче возникает раздраженность, недовольство, чем обычно**
	2	**Сейчас я постоянно чувствую раздраженность**
	3	**Меня сейчас совсем не раздражает то, что обычно всегда раздражало**
XII	0	Я не утратила интереса к другим людям
	1	Окружающие мне менее интересны, чем обычно
	2	Я утратила большую часть своего интереса к другим людям и они меня мало волнуют
	3	Я полностью утратила интерес к другим людям и все они мне безразличны
XIII	**0**	**Я способна принимать решения так же, как всегда**
	1	**Сейчас я менее уверена в себе и стараюсь отложить принятие решений**
	2	**Я больше не могу принимать решения без чьей-либо помощи**
	3	**Я больше вообще не могу принимать никаких решений**
XIV	0	Я не считаю, что выгляжу хуже, чем обычно
	1	Я обеспокоена тем, что выгляжу старой и непривлекательной
	2	Я считаю, что произошли необратимые изменения в моей внешности, из-за которых я выгляжу непривлекательной
	3	Я считаю, что у меня уродливая и отталкивающая внешность
XV	**0**	**Я могу работать почти так же хорошо, как и раньше**
	1а	**Мне нужно дополнительное усилие, чтобы начать что-либо делать**
	1б	**Я не работаю так хорошо, как обычно**
	2	**Я должна совершить над собой значительное усилие, чтобы что-нибудь сделать**

Методика условного двойника[1]

Данная методика имеет три варианта:

а) *методика «воображаемого двойника»*.

Больному предлагается представить себе, что он встретился с другом (подругой), с которым давно не виделся. Друг с тревогой рассказывает

[1] *Чудновский, В.С.* Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях / В.С. Чудновский // Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. Сборник научных трудов; под ред. В.С. Чудновского. Куйбышев, 1982. С. 3–19.

ему о том, что ... (следует описание болезненных переживаний самого больного). Больной должен высказать свои соображения по поводу состояния двойника и дать ему совет. Обычно больной догадывается, что речь идет о нем, но все же выполняет задание.

б) *методика «конкретного двойника»*.

В присутствии испытуемого проводится беседа с другим больным со сходной симптоматикой. Необходимо оценить физическое и психическое состояние двойника, дать ему совет.

в) *методика «обобщенного двойника»*.

Больному предлагается прочитать отрывок из руководства по психиатрии, в котором приводится описание картины болезни, сходной с наблюдаемой у испытуемого. Здесь менее всего представлен эмоциональный компонент самосознания. Позволяет судить о степени развитости абстрактно-логического познания окружающего мира и своего образа «Я».

Интерпретация. Оценивается способность больного к осознанию своего состояния, к сопоставлению его как с поведением других людей, так и с обобщенными описаниями болезни.

Скринирующая методика для выявления алкоголизма (СМА)[1]

Методика создана на базе Мичиганского алкогольного скрининг-теста, Миннесотского многопрофильного личностного опросника, теста для непрямого скрининга алкоголизма, опросника для изучения тяжести алкогольной зависимости. Она включает в себя 22 утверждения, частота значимых ответов на которые различается в группах больных алкоголизмом и здоровых. Ниже приводится стимульный материал к методике. По инструкции испытуемый должен дать положительный или отрицательный ответ на каждое утверждение. Неопределенные ответы и отказы не предусмотрены. Методика предусматривает возможность двух видов интерпретации результатов. Наиболее быстрая оценка проводится путем прямого подсчета баллов по значимым ответам, и все испытуемые, набравшие 9 и более баллов, включаются в группы высокого риска наличия заболевания. Второй вид оценки позволяет более тщательно дифференцировать группу испытуемых, набравших от 5 до 9 баллов. Он предполагает суммирование диагностических коэффициентов (ДК) для значимых ответов. И в тех случаях, когда сумма ДК превышает 30, испытуемые включаются в группу высокого риска.

---

[1] *Полтавец, В.И.* Анкетные методы скрининга алкоголизма / В.И. Полтавец. Киев, 1985.

Значимые ответы и балльная оценка			Диагностические коэффициенты	Значимые ответы и балльная оценка			Диагностические коэффициенты
№ п/п	Нет	Да			Нет	Да	
1	–	1	2,0	12	–	1	12,0
2	–	1	2,6	13	–	1	5,6
3	1	–	2,3	14	–	1	10,8
4	–	1	4,5	15	–	1	10,8
5	1	–	2,3	16	–	2	6,3
6	1	–	3,0	17	–	2	8,8
7	1	–	2,9	18	–	2	8,0
8	–	1	4,5	19	–	2	12,6
9	1	–	4,8	20	–	2	9,4
10	–	1	7,5	21	–	5	–
11	–	1	7,5	22	–	5	–

Стимульный материал к методике

1. У вас иногда бывает рвота или кашель с кровью.	Верно	Неверно
2. У вас бывали периоды; когда вы не могли вспомнить, что происходило вокруг.	Верно	Неверно
3. В вашей жизни бывали моменты, когда ваша активность внезапно падала и позже вы не могли понять, что это было.	Верно	Неверно
4. Вы постоянно кашляете.	Верно	Неверно
5. Вам нравятся горячие споры, даже если они иногда приносят огорчения окружающим.	Верно	Неверно
6. Дома вы меньше соблюдаете правила приличия за столом, чем в гостях.	Верно	Неверно
7. Вы всегда можете достать спиртное.	Верно	Неверно
8. Вы стали замечать, что когда вы что-то делаете, у вас трясутся руки.	Верно	Неверно
9. Ваши друзья и родственники считают, что вы пьете умеренно.	Верно	Неверно
10. Иногда вы чувствуете угрызения совести из-за своего пьянства.	Верно	Неверно
11. Однажды, будучи пьяным, вы были задержаны милицией.	Верно	Неверно
12. У вас была белая горячка.	Верно	Неверно
13. Иногда вы пьете в первой половине дня.	Верно	Неверно
14. Бывало, что вы слышали «голоса» или видели какие-то необычные предметы, после того как много выпили накануне.	Верно	Неверно

15. Бывало, что вы теряли друзей или подруг из-за своего пьянства.	Верно	Неверно
16. Ваша жена или родители выражали беспокойство по поводу вашего пьянства.	Верно	Неверно
17. Бывало, что вы пили несколько дней подряд, забывая о своих служебных и семейных обязанностях.	Верно	Неверно
18. Иногда у вас бывали неприятности на работе из-за употребления алкоголя.	Верно	Неверно
19. Вы обращались к кому-то с просьбой помочь вам избавиться от злоупотребления алкоголем.	Верно	Неверно
20. Ваша жена, кто-то из друзей или родственников пытались помочь вам избавиться от пьянства.	Верно	Неверно
21. Вы обращались к невропатологу или психиатру с жалобами на расстройства, одной из причин которых могло быть злоупотребление алкоголем.	Верно	Неверно
22. Вы лечились по поводу хронического алкоголизма.	Верно	Неверно

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТЕСТ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Инструкция:
Выберите правильный вариант (варианты) ответа:

1) Пациенты с невротическим уровнем развития личности:
a) быстро образуют рабочий альянс с психоаналитиком;
b) не способны к образованию рабочего альянса;
c) склонны к крайне противоречивому переносу.

2) Рассмотрение собственных симптомов как эго-синтонных характерно:
a) для невротического уровня развития личности;
b) как невротического, так и пограничного уровня развития личности;
c) психотического уровня развития личности.

3) Согласно теории стресса, главным фактором, опосредующим влияние стрессовой ситуации на реакцию человека, является:
a) особенности самой этой ситуации;
b) физиологическая мобилизация;
c) то, каким образом индивид оценивает данную ситуацию.

4) В подходе когнитивной терапии А. Бека схемой называется:
a) когнитивное образование, организующее опыт и поведение индивида;
b) иррациональное убеждение;
c) умозаключение, основанное на единичном эпизоде.

5) Надежная система классификации психических расстройств:
a) способствует тому, что на ее основе разные психиатры могут поставить один и тот же диагноз;
b) позволяет выявлять в поведении и жалобах пациентов нечто клинически важное;
c) позволяет отделять неврозы от психозов.

6) Категориальный подход к классификации заболеваний утверждает, что:

a) внутри обширной категории патологического поведения существуют отдельные непересекающиеся классы, каждый из которых характеризуется определенной клинической однородностью;
b) поведение человека необходимо рассматривать на основе нескольких различных параметров, а не одного (здоровье-нездоровье);
c) для классификации необходимо использовать описания психических расстройств, которые представляют собой идеализированные комбинации определенных характеристик.

7) 10-й пересмотр Международной классификации болезней характеризуется:

a) категориальным подходом к классификации;
b) наличием четкого теоретического обоснования для классификации;
c) организацией синдромов в группы, скорее, не по причинам, а по клиническому сходству.

8) К какому из нарушений мышления относится следующий ответ больного при пояснении пословицы «Куй железо, пока горячо»: «правильно, остывшее железо трудно ковать»:

a) снижение уровня обобщения;
b) резонерство;
c) искажение процесса обобщения;
d) разноплановость.

9) Больные со снижением уровня обобщения:

a) многословны;
b) отличаются ускоренным темпом мышления;
c) могут не понимать условности экспериментальной ситуации.

10) К каким идеям больной относится с большей критикой:

a) к сверхценным идеям;
b) к навязчивым идеям;
c) к бредовым идеям.

11) К какому из нарушений мышления можно отнести следующее высказывание больного: «Сходство между поездом и иглой заключается в том, что с большой высоты поезд похож на маленький объект вытянутой формы, такой же, как игла»?

a) искажение процесса обобщения;
b) резонерство;
c) снижение уровня обобщения.

12) Выберите НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: в состоянии депрессии люди:

a) не могут испытать гнев, тревогу или возбуждение;
b) страдают от различных физических симптомов (головных болей, запоров, общего недомогания и т.п.);
c) теряют желание заниматься своей обычной деятельностью.

13) Обширная фобия, при которой люди, страдающие ею, боятся покидать свой дом и посещать общественные места, называется:
a) социальной фобией;
b) агорафобией;
c) клаустрофобией.

14) Как называется метод психотерапии фобий, при котором человек интенсивно и неоднократно подвергается воздействию внушающего страх объекта и убеждается в том, что в действительности он безвреден:
a) систематическая десенситизация;
b) моделирование;
c) наводнение.

15) Навязчивые действия:
a) приносят больному временное облегчение и освобождение от тревоги;
b) доставляют больному удовольствие;
c) воспринимаются больным без всякой критики.

16) Толерантность и синдром отмены являются признаками:
a) синдрома зависимости от психоактивного вещества;
b) злоупотребления психоактивным веществом;
c) интоксикации.

17) Толерантность – это:
a) форма интоксикации, характеризующаяся искаженным восприятием и галлюцинациями;
b) психологическая и физиологическая потребность в увеличении дозы препарата для достижения желаемого эффекта;
c) форма поведения, когда человек чрезмерно употребляет психоактивное вещество, так что вся его жизнь сосредоточивается только на этом.

18) Барбитураты относятся:
a) к стимуляторам;
b) галлюциногенам;
c) депрессантам.

19) Эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение наблюдаются:
a) при диссоциативном расстройстве;
b) социальной фобии;
c) шизофрении.

20) Систематизированный бред и галлюцинации наблюдаются:
a) при кататонической шизофрении;
b) параноидной шизофрении;
c) резидуальной шизофрении.

21) При антисоциальном расстройстве личности:
a) при у человека наблюдаются странное мышление и эксцентричное поведение;
b) человек постоянно стремится вызывать восхищение других людей;
c) человек систематически игнорирует и нарушает права других людей.

22) При каком расстройстве личности человек испытывает постоянный дискомфорт и скованность в социальных ситуациях, чувствует собственную неполноценность, болезненно относится к критике:

a) антисоциальное;
b) избегающее;
c) гистрионное (истерическое).

23) Синдром расстройства памяти, при котором стирается грань между реально пережитыми больным событиями, и теми событиями, о которых он слышал от окружающих или читал, или видел во сне, называется:

a) гипермнезией;
b) амнезией;
c) криптомнезией.

24) При каком нарушении восприятия образ несуществующего объекта проецируется во внешнее пространство и вступает во взаимодействие с реальными объектами?

a) галлюцинации;
b) иллюзии;
c) псевдогаллюцинации.

25) Отметьте, какой из признаков *не относится* к бредовым идеям:

a) они грубо искажают реальность;
b) воспринимаются больным как насильственные, вызывают у него тревогу;
c) полностью овладевают сознанием больного.

26) Снижение уровня обобщения, как правило, наблюдается:

a) при маниакальном состоянии;
b) шизофрении;
c) олигофрении и других органических поражениях головного мозга.

27) При каком из психопатологических синдромов больные менее активны и продуктивны, имеют замедленные движения и речь, страдают от отсутствия аппетита и нарушения сна:

a) неврастения;
b) депрессия;
c) фобия.

28) Психоаналитический подход к депрессии:

a) связывает депрессию с символической утратой;
b) с недостаточным количеством социальных вознаграждений;
c) с выученной беспомощностью.

29) Поведенческая терапия депрессии направлена:

a) на преодоление негативного мышления;
b) анализ межличностных отношений;
c) повышение уровня активности и чувства личной эффективности и обучение пациентов эффективным социальным навыкам.

30) При генерализованном тревожном расстройстве наблюдаются:

a) повторяющиеся и непредсказуемые приступы тревоги;
b) сильный и стойкий страх перед специфическим объектом или ситуацией;
c) стойкая и чрезмерная тревога, а также беспокойство о множестве событий и действий.

31) Стойкие, повторяющиеся мысли и идеи, которые воспринимаются больными как насильственные, и вызывают у них тревогу, называются:

a) бредовыми идеями;
b) навязчивыми идеями (обсессиями);
c) сверхценными идеями.

32) Какое из тревожных расстройств проявляется, среди прочих симптомов, в ночных кошмарах и неконтролируемых неприятных воспоминаниях:

a) посттравматическое стрессовое расстройство;
b) паническое расстройство;
c) фобическое расстройство.

33) Алкоголь относится:

a) к депрессантам;
b) стимуляторам;
c) галлюциногенам.

34) Шизофрения является:

a) психозом;
b) неврозом;
c) может проявляться и в форме невроза, и в форме психоза.

35) Какой из перечисленных ниже симптомов *не характерен* для шизофрении?

a) речевая спутанность, невозможность логически продолжать в разговоре одну тему;
b) галлюцинации;
c) агнозии.

36) Скованность движений, странные гримасы и жесты являются проявлением:

a) депрессии
b) кататонической шизофрении
c) обсессивно-компульсивного расстройства

37) Какой из перечисленных ниже признаков характерен для астенического синдрома:

a) снижение уровня обобщения;
b) патологическое ускорение темпа мышления;
c) интеллектуальные навыки сохранны, однако больной не в состоянии выполнять действия, требующие приложения значительных/длительных усилий.

38) Какой из трех функциональных блоков мозга является непосредственным мозговым субстратом различных мотивационных, мнестических и эмоциональных процессов:

a) приема и переработки информации;

b) регуляции тонуса и бодрствования;

c) программирования, регуляции и контроля деятельности.

КЛЮЧИ:

1) a; 2) a; 3) c; 4) a; 5) a; 6) a; 7) c; 8) a; 9) c; 10) b; 11) a; 12) a; 13) b; 14) a; 15) a; 16) a; 17) b; 18) c; 19) c; 20) b; 21) c; 22) b; 23) c); 24) a; 25) b; 26) c; 27) b; 28) a; 29) c; 30) c; 31) b; 32) a; 33) a; 34) a; 35) c; 36) b; 37) c; 38) b.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Абулия – снижение или утрата способности к волевым усилиям.

Аверсивный стимул – неприятный или вызывающий тревогу стимул. Например, в ходе поведенческой терапии им может быть удар электрическим током.

Автоматические мысли – неадаптивные, искажающие реальность мысли, связанные с переработкой текущей информации.

Агнозия – нарушение восприятия, при котором больной не может адекватно опознать объект.

Агорафо́бия – патологический страх, связанный с широким кругом ситуаций: посещение многолюдных и публичных мест, пребывание в толпе, путешествие в поездах, автобусах и самолетах, менее часто – в машинах, замкнутых, затрудненных для выхода мест типа лифтов, тоннелей, театров и кинозалов, церквей, мостов, а также страх покидать дом или оставаться дома в одиночестве. Страх при агорафобии всегда связан с опасениями погибнуть и сойти с ума, остаться без помощи в незнакомом месте.

Акалькулия – нарушение счета, связанное с потерей в результате повреждения мозга способности к пониманию разрядности чисел и смысла математических операций.

Аме́нция – нарушение сознания, которое характеризуется бессвязностью мышления, отсутствием осмысленного отношения к окружающему, распадом самосознания. Больной полностью дезориентирован в месте, времени и собственной личности, растерян, пуглив. Наблюдаются различные обманы восприятия, отрывочные бредовые переживания.

Амнезия – потеря памяти на событие или период жизни.

Амузия – нарушение восприятия музыкальных мелодий и способности к их воспроизведению. Возникает при поражении коры головного мозга.

Ана́мнез – совокупность сведений о пациенте, имеющихся на момент его обращения в клинику, включающая в себя информацию о семье, жизненном пути, предыдущих заболеваниях.

Антероградная амнезия – расстройство памяти, затрагивающее период, наступающий после нарушения сознания.

Апраксия – нарушение произвольных движений, возникающее при поражении коры мозга.

Аритмия – нарушение восприятия ритмов.

Аутизм – недостаток социальной направленности, снижение способности к регуляции деятельности социальными мотивами, обусловленное снижением потребности в общении.

Афазия – нарушение речи, возникающее при поражении коры мозга.

Бредовые идеи – возникающие на болезненной почве неверные, ложные, искажающие действительность мысли и представления, не поддающиеся коррекции и овладевающие сознанием человека. Совокупность бредовых идей называется бредом.

Валидность – характеристика какого-либо метода диагностики (теста, классификационного перечня и пр.), которая отражает степень, в которой исследовательская процедура отражает исследуемое явление.

Выученная беспомощность – состояние, при котором индивид переживает утрату контроля над результатами собственного поведения.

Вязкость мышления – нарушение мышления, при котором у больного замедлен процесс решения задач и образования ассоциаций.

Галлюцина́ция – нарушение восприятия, при котором образ восприятия возникает в отсутствие стимуляции, проецируется больным во внешнее пространство и рассматривается как реальный объект.

Гипермнезия – болезненное усиление памяти с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений, чаще всего наблюдается при маниакальных состояниях, в активном периоде развития бреда.

Гипомнезия – ослабление памяти, например, в виде снижения ее объема или нарушении способности к произвольному припоминанию информации при сохранном ее узнавании.

Деинституционализа́ция – тенденция к смене ориентации со стационарного лечения психически больного на лечение в естественных условиях.

Делирий – нарушение сознания, которое характеризуется множественными нарушениями восприятия (иллюзиями, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями), наплывами ярких представлений и обрывков воспоминаний. Характерна ложная ориентировка во времени и пространстве. Больной двигательно возбужден, говорлив, эмоционально напряжен и захвачен обманами восприятия, из-за чего контакт с ним затруднен.

Деме́нция – глобальное нарушение когнитивных способностей, имеющее обратимый, хронический или прогрессирующий характер и приводящее к значительному снижению социальной адаптации.

Депривация – недостаточное удовлетворение каких-либо (социальных, психологических, биологических) потребностей индивида.

Дизартрия – нарушение речи, проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков, нарушении темпа и громкости речи. Связана с поражением различных подкорковых структур, ср.: афазия.

Диссимуляция – попытки человека отрицать или скрывать признаки имеющейся болезни.

Диссоциативная амнезия – вызванная психической травмой внезапная неспособность вспомнить важную личную информацию при сохранной способности к воспроизведению общих знаний.

Диссоциативная фу́га – патологическое состояние, при котором индивид предпринимает внезапную, неожиданную и чаще всего бесцельную поездку, покидает свой дом или привычное место работы. Во время скитаний сохраняется амнезия на все события жизни субъекта, предшествующие фуге, причем он не осознает наличие провалов в памяти. Данное состояние сопровождается чувством нарушения личностной идентичности.

Дистре́сс – стресс, связанный с негативными эмоциями.

Иллюзия – нарушение восприятия, при котором определенные характеристики и детали реального предмета воспринимаются искаженно.

Инсáйт – 1) открытие бессознательной реальности, позволяющее объяснить текущее поведение предшествующими событиями, 2) осознание, ведущее к терапевтическому изменению.

Наводнения метод – метод поведенческой психотерапии, при котором пациенту предъявляют стимул, вызывающий максимальную тревогу.

Неадаптивные суждения (когниции) – мысли, которые не основаны на реальных фактах и приводят к нарушениям эмоций и поведения.

Искажение процесса обобщения – нарушение мышления, при котором больной для обобщения использует необычные, странные, либо чрезмерно формальные признаки, которые ничего не говорят о существенных свойствах предметов. Обобщение производится без учета практического, социально значимого содержания явления.

Катáмнез – сведения о больном после проведенного лечения.

Конкордáнтность – 1) сходство по генотипу между особями, 2) вероятность одновременного проявления какого-либо признака у двух родственников.

Конфабуляция – ложное воспоминание.

Лóкус контроля – понятие, отражающее склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам.

Навязчивые мысли – насильственно завладевшие сознанием больного идеи. Он воспринимает их как чуждые, относится к ним критически, однако не может их контролировать. Могут принимать форму навязчивых сомнений, навязчивых влечений и пр.

Непоследовательность суждений – нарушение мышления, которое выражается в неустойчивом способе выполнения задания.

Невменяемость – юридическая характеристика участника судебного процесса, выражающаяся в неспособности осознавать последствия своих действий или руководить ими.

Неологизм: 1. Слово или оборот речи, созданные для обозначения нового предмета или для выражения нового понятия. 2. Новообразованное слово – симптом патологии речи при шизофрении, принимающий форму бессмысленных звукосочетаний, сгущения понятий и др. Является следствием нарушений мышления.

Нозологический диагноз – диагноз, указывающий на конкретный тип расстройства (см.: Функциональный диагноз).

Норма – количественная характеристика личности и психических процессов, соответствующая усредненному показателю.

Оглушенное состояние сознания – нарушение сознания, при котором повышаются пороги действия внешних раздражителей.

Олигофазия – нарушение речи при эпилепсии, выражающееся в трудностях при подборе слов.

Онейрóидное состояние сознания – нарушение «Я», при котором в сознании больного возникают яркие чувственные представления фантастического характера: межпланетные путешествия, гибель Земли и городов и т.п.

Орторексия – чрезмерная озабоченность здоровым питанием.

Парамнезия – нарушение памяти, выражающееся в ошибочных припоминаниях.

Пароксизма́льный – тип течения болезни или проявления болезненного синдрома, выражающийся в возникновении повторяющихся, внезапных и острых ее приступах. Примером может служить эпилептический припадок.

Па́ттерн – способ, особенность, закономерность проявления какого-либо события, осуществления какого-либо поведения.

Персевера́ции – насильственные многократные повторения движений или действий (напр., больной, начав писать или рисовать что-либо, вновь и вновь повторяет отдельные элементы).

Псевдогаллюцинация – нарушение восприятия, при котором галлюцинаторный образ возникает в отсутствие реальной стимуляции и проецируется больным либо в его внутреннее, либо в недоступное для восприятия пространство.

Психоорганический синдром – синдром, возникающий при поражении головного мозга, который включает в себя симптомы нарушений умственной работоспособности и динамических характеристик психической деятельности, внимания и сознания, познавательных процессов, личности и эмоционально-волевой сферы.

Разноплановость – нарушение мышления, при котором больной не способен придерживаться единой логики в процессе решения задачи.

Разорванность мышления – полная несвязность мышления, в мышлении отсутствует единый объект рассуждений.

Расстройство личности – патологическое состояние, проявляющееся обычно в детском или подростковом возрасте, характеризующееся устойчивой дисгармоничностью психического склада, тотальностью, постоянством, эго-синтонностью и приводящее к социальной дезадаптации.

Расстройство множественной личности – психическое расстройство, которое выражается в существовании двух и более субличностей (они же – альтер-личности), обладающих своими особыми чертами, самосознанием и стереотипами поведения, уникальными гендерными, расовыми и возрастными характеристиками. В определенный момент времени одна из этих личностей доминирует в сознании и поведении субъекта.

Реабилитация – комплексная система помощи больному, направленная на максимально полное восстановление его способностей, повышение качества жизни, улучшение социальной адаптации, интеграцию в общество, предотвращение развития стойких нарушений личности и негативных изменений жизненного стиля.

Резонерство – чрезмерно пространные и напыщенные рассуждения.

Ремиссия – этап в течении болезни, при котором уменьшается или временно исчезает психопатологическая симптоматика, появляется критическое отношение к перенесенному приступу.

Ретроградная амнезия – расстройство памяти, затрагивающее период, предшествующий нарушению сознания или болезненного психического состояния.

Ригидность – недостаточная подвижность психических процессов. Выражается в сфере мышления, эмоций, поведения и внимания. Например, человек с ригидностью мышления не способен переключиться с одного способа выполнения задания на другой.

Самоэффективность – восприятие человеком своей способности успешно действовать в определенной ситуации.

Сверхценные идеи – нарушение мышления, при котором реальные факты и обстоятельства не столько искажаются, сколько получают преувеличенную оценку. Если при бреде наблюдаются качественные изменения личности, то в случае сверхценных идей речь идет о количественных изменениях, они соответствуют преморбидным особенностям больного.

Симпто́м – отдельный признак болезни.

Синдро́м – совокупность симптомов, вызыванных одной и той же причиной.

Синдром Мюнхгаузена – психическое расстройство, при котором больной искусственно вызывает у себя симптомы физических заболеваний или предъявляет жалобы на свое состояние, чтобы играть роль больного, получать внимание и заботу окружающих.

Синдром отмены – негативное психофизиологическое состояние, возникающее после прекращения приема психоактивного вещества или уменьшения его дозы.

Синдром Туретта – психопатологический синдром, включающий в себя множественные нарушения движений, в том числе в речевой сфере. Наблюдаются неконтролируемые движения, непроизвольное произнесение звуков и слов.

Скачка идей – патологическое ускорение ассоциативного процесса.

Снижение уровня обобщения – нарушение мышления, при котором больные не способны выделять абстрактные, надситуативные свойства предметов.

Соматофо́рмное расстройство – разновидность психического расстройства, при котором у больного возникают многочисленные жалобы на свое физическое состояние, которые нельзя объяснить реальным соматическим повреждением.

Стереотипия – (в методике «Пиктограмма» – повторение, однако, без полной тождественности, рисунков (например, «человечков», определенных геометрических символов и пр.). Встречается при шизофрении, умственной отсталости и других расстройствах.

Стресс – целостная реакция живого существа в ответ на экстремальное воздействие.

Судебно-психологическая экспертиза – разновидность психологического исследования подсудимого и других участников судебного процесса, направленная на выявление характеристик их психической сферы, имеющих значение для рассмотрения дела.

Сумеречное состояние сознания – нарушение сознания, которое характеризуется резким сужением его объема с сохранной способностью к автоматическим действиям.

Толерантность – явное ослабление действия вещества при приеме одной и той же его дозы.

Фа́ктор – собственная физиологическая функция определенного участка мозга.

Функциональный диагноз – определение характера взаимосвязи конкретного психопатологического синдрома с его социальными и психологическими последствиями для больного и выявление ресурсов, на которые можно опираться в процессе реабилитации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Абабков, В.А. Клиническая психология / В.А. Абабков [и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2006.

Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. СПб., 2000.

Анохин, П.К. Функциональная система / П.К. Анохин // Нейропсихология. Тексты. М., 1984.

Антонян, Ю.М. Криминальная патопсихология / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. М., 1991.

Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л.М. Балабанова. Д., 1998.

Бауманн, У. Основные понятия – введение / У. Бауманн, М. Перре // Клиническая психология. СПб., 2002.

Бауманн, У. Методика исследования клинико-психологической интервенции / У. Бауманн, К. Рейнеккер-Хехт // Клиническая психология. СПб., 2002.

Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. СПб., 2002.

Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. СПб., 2003.

Бек, А. Техники когнитивной терапии / А. Бек // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.

Беломестнова, Н.В. Клиническая диагностика интеллекта: Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической практике / Н.В. Беломестнова. СПб., 2003.

Белопольская, Н.Л. Задачи патопсихологии и понятие психической нормы / Н.Л. Белопольская // Патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. Киев, 1986.

Блейхер, В.М. Расстройства мышления / В.М. Блейхер. Киев, 1983.

Бойко, Ю.П. Первичное выявление врачами-терапевтами и неврологами шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, особенности психотерапевтической тактики и направление на специальное лечение в Москве / Ю.П. Бойко, А.И. Аппенянский. М., 2002.

Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. М., 1988.

Ватцль, Г. Шизофрения: интервенция / Г. Ватцль, Р. Коэн // Клиническая психология. СПб., 2002.

Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский. М., 1960.

Дамулин, И.В. Диагностика и лечение деменций / И.В. Дамулин // Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12, № 7.

Дензин, Н.-К. Идиографический и номотетический подходы в психологии / Н.-К. Дензин // Психологическая энциклопедия; под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб., 2003.

Десятников, В.Ф. Скрытая депрессия в практике врачей / В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина. Минск, 1981.

Джексон, Дж. Х. Некоторые замечания по поводу распада нервной системы / Дж. Х. Джексон // Нейропсихология. Тексты. М., 1984.

Захаров, В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. 2004. № 10.

Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. М., 1999.

Золотова, Н.В. Личность и жизненный путь Б.В. Зейгарник / Н.В. Золотова // Методология и история психологии. Т. 2, Вып. 2. 2007.

Кабанов, В.А. Показатели суицидального поведения населения Беларуси за период 2004–2008 гг. / В.А. Кабанов, П.В. Рынков // Психиатрия и современное общество. Материалы III съезда психиатров и наркологов населения Республики Беларусь. Минск, 2009.

Кабанов, М.М. Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исследования. 2001. Т. 1. Вып. 1.

Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: в 2 т / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. М., 1998.

Карлинг, П. Дж. Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. Киев, 2001.

Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека, СПб. 2004.

Кейсмент, П. Поиск пространства: вопрос о границах / П. Кейсмент // Обучаясь у пациента. Воронеж, 1995.

Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. СПб., 1998.

Кемпински, А. Экзистенциальная психиатрия: Сборник / А. Кемпински. М. СПб., 1998.

Климеш, В. Нарушения памяти / В. Климеш // Клиническая психология; под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.

Кожуховская, И.И. Нарушение критичности у психически больных / И.И. Кожуховская. М., 1985.

Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб. М., 2002.

Кондратьев, Ф.В. Шизофрения и убийство: новые ракурсы проблемы / Ф.В. Кондратьев, С.Н. Осколкова, В.Г. Василевский // Агрессия и психическое здоровье; под ред. Т.Б. Дмитриевой. СПб., 2002.

Ко*ркина, М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. М., 1984.

Коркина, М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов. М., 1986.

Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. М., 2000.

Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. М., 1988.

Коцюбинский, А.П. Функциональный диагноз: теоретическия конструкция или реальный феномен? / А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004. Т. 1. № 1.

Коченов, М.М. Судебно-психологическая экспертиза / М.М. Коченов. М., 1977.

Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991.

Крукович, Е.И. Кризисные состояния и их последствия: критерии и стратегии помощи / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Крукович, Е.И. Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек // Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Кудрявцев, И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И.А. Кудрявцев. М., 1988.

Куттер, П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер. СПб., 1997.

Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. [и др.]. М., 2008.

Лаутербах, В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки / В. Лаутербах // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской психотерапевтической ассоциации. СПб., 1995.

Лебединская, К.С. Задержка психического развития / К.С. Лебединская // Детская патопсихология: Хрестоматия. М., 2000.

Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский [и др.]. М., 1990.

Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. М., 2003.

Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. Л., 1966.

Линдеманн, Э. Клиника острого горя / Э. Линдеманн // Психология эмоций. Тексты. М., 1984.

Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. СПб., 1995.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. М., 1969.

Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы в 2 т. Т. II / А.Р. Лурия. Нейропсихологический анализ сознательной деятельности. М., 1970.

Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. М., 1998.

Мартынов, Ю.С. Нервные болезни / Ю.С. Мартынов. М., 1988.

Медицинская психология: учебная программа для студентов высших учебных заведений, обучающихся по спец. 1-23 01 04 «Психология» / Сост. Ю.Г. Фролова. Минск, 2008.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.

Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. СПб., 2001.

Минко, А.И. Психологические методы диагностики алкоголизма / А.И. Минко [и др.] // Украинский медицинский альманах. 2000. Т. 3. № 2 (дополнение).

Морозов, Г.В. Судебная психиатрия / Г.В.Морозов [и др]; под ред. Г.В. Морозова и Д.Р. Лунца. М., 1971.

Моховиков, А.Н. Телефонное консультирование / А.Н. Моховиков. М., 1994.

Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб., 2003.

Мягков, И.Ф. Медицинская психология. Пропедевтический курс / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков, С.И. Чаева. М., 2002.

Нагаев, В.В. Основы судебно-психологической экспертизы / В.В. Нагаев. М., 2003.

Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М., 1987.

Николаева, В.В. Спецпрактикум по патопсихологии (Общие методические рекомендации) / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. М., 1979.

Образовательный стандарт Республики Беларусь. Высшее образование. Первая ступень. Специальность 1-23 01 04 Психология. Квалификация «Психолог. Преподаватель психологии» / И.А. Фурманов [и др.]. Минск, 2008.

Патнем, Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф.В.Патнем. М., 2004.

Паттерсон, С. Теории психотерапии / С. Паттерсон [и др.]. СПб., 2003.

Перре, М. Психологические факторы: влияние социализации / М. Перре // Клиническая психология. СПб., 2002.

Перре, М. Стресс и копинг как факторы влияния / М. Перре, А.-Р. Лайрейтер, У. Бауманн // Клиническая психология. СПб., 2002.

Перре, М. Систематика клинико-психологической интервенции / М. Перре, У. Бауманн // Клиническая психология. СПб., 2002.

Платонов, К.К. Методологические проблемы медицинской психологии / К.К. Платонов. М., 1977.

Полтавец, В.И. Анкетные методы скрининга алкоголизма / В.И. Полтавец. Киев, 1985.

Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. М., 1974.

Поляков, Ю.Ф. Проблемы клинической психологии / Ю.Ф. Поляков // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1996.

Пушкина, Т.П. Медицинская психология / Т.П. Пушкина. Новосибирск, 1996.

Роджерс, К. Взгляд на психотерапию: Становление человека / К. Роджерс. М., 1994.

Романова, Е.С. Графические методы в практической психологии / Е.С. Романова. СПб., 2001.

Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. М., 2004.

Рубинштейн, С.Я. Обманы слуха (экспериментально-психологическое исследоввание) / С.Я. Рубинштейн. Ташкент, 1977.

Рыбальский, М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации: систематика, семиотика, нозологическая принадлежность / М.И. Рыбальский. М., 1989.

Сакс, О. «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. СПб., 2006.

Сафуанов, Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе / Ф.С. Сафуанов. М., 1998.

Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. М., 1988.

Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию. Т. I. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. М., Екатеринбург, 2000.

Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск, 2007.

Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 3.

Скугаревский, О.А. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки / О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Психологический журнал. 2006. № 2 (10).

Слепович, Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. СПб., 2008.

Смулевич, А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич. М., 2007.

Снедков, А.В. Современная концепция психического здоровья / А.В. Снедков, А.Е. Снедкова // http://psychiatry.spsma.spb.ru/lib/kafedra/snedkov/snedkov6.htm/ 26.04.09/2005.

Собчик, Л.Н. МЦВ – метод цветовых выборов: Модифицир. восьмицветовой тест Люшера: Практическое руководство / Л.Н. Собчик. СПб., 2001.

Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: СМИЛ / Л.Н. Собчик. СПб., 2007.

Соколова, Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии / Е.Т. Соколова. М., 1976.

Соммерз-Фланаган, Дж. Клиническое интервьюирование / Дж. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган. М., 2006.

Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Статистический сборник; под ред. В.И. Зиновского. Минск, 2005.

Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы / Г.Е. Сухарева. М., 1974.

Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 1 /А.С. Тиганов [и др.]; под ред. А.С.Тиганова. М., 1999.

Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. Т. 2 /А.С. Тиганов [и др.]; под ред. А.С.Тиганова. М., 1999.

Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. Т.1: Теория / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.

Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. Т.2: Практика / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.

Тонконогий, В.М. Клиническая нейропсихология / И.М. Тонконогий, А. Пуантэ. СПб., 2007.

Три взгляда на случай Эллен Вест. Людвиг Бинсвангер, Р. Мэй, К. Роджерс // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 3.

Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М., 2002.

Уорнер, Р. Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации / Р. Уорнер. Киев, 2004.

Фоа, Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Фоа [и др.]. М., 2005.

Фрейд, З. О психоанализе / З. Фрейд // О клиническом психоанализе. М., 1991.

Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология эмоций. Тексты. М., 1984.

Фролова, Ю.Г. Концепции здоровья в психологической науке и практике / Ю.Г. Фролова // Вестник БГУ. Сер. 3. 2007. № 1.

Фролова, Ю.Г. Представления о психических болезнях как фактор адаптации в кризисных ситуациях / Ю.Г. Фролова // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: Материалы международной научной конференции; под ред. И.А. Фурманова. Минск, 2003.

Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю.Г. Фролова. Минск, 2003.

Фролова, Ю.Г. Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования / Ю.Г. Фролова // Философия и социальные науки. 2007. № 2.

Фролова, Ю.Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский // Социология. 2004. № 2.

Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. СПб., 1997.

Фуко, М. Психиатрическая власть / М. Фуко. СПб., 2007.

Хаэр, Р.Д. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов / Р.Д. Хаэр. М., 2007.

Херсонский, Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. СПб., 2003.

Холмогорова, А.Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.

Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. М., 1987.

Цубер, Й. Психологические аспекты реабилитации / Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох // Клиническая психология. СПб., 2002.

Чудновский, В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях / В.С. Чудновский // Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. Сборник научных трудов; под ред. В.С. Чудновского. Куйбышев, 1982.

Шелыгин, К.В. Общая психопатология / К.В. Шелыгин, И.Б. Якушев. Архангельск, 2007.

Шостакович, Б.В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов // Агрессия и психическое здоровье; под ред. Т.Б. Дмитриевой. СПб., 2002.

Шульте, Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство / Д. Шульте // Клиническая психология. СПб., 2002.

Эллис, А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают / А. Эллис // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 1.

Ялом, И.Д. Терапевтическая моногамия / И.Д. Ялом // Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.

Ялом, И.Д. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. М., 1997.

Alloy, L. Cognitive processes in depression / L. Alloy / Ed. by Alloy L. New York, London, 1988.

Barbour, A. Caring for patients: A critique of the medical model / A. Barbour. Stanford, 1995.

Bootzin, R. Abnormal psychology: Current perspectives / R. Bootzin, J. Acocella. New York, 1988.

Bryk, M.C. My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome / M.C. Bryk, P.T. Siegel // Pediatrics. 1997.

Dienstbier, R.A. Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health / R.A. Dienstbier //Psychological Review. 1989.

Engel, G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G.L. Engel // Science. 1977. V. 196. P. 127–136.

Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // American Journal of Psychiatry. 1980. V. 137. P. 535–544.

Foster, J. Unification and differentiation: a study of the social representation of mental illness / J. Foster // Papers on Social Representations. 2001. V. 10. P. 1–18.

Gossop, M. Drug and alcohol problems / M. Gossop // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by Lindsay S., Powell G. New York, 1995.

Ingleby, D. Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health / D. Ingleby. New York, 1981.

Kitwood, T. Towards the Reconstruction of an Organic Mental Disorder / T. Kitwood // Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives of Health and Disease. Ed. by A. Radley. New York, 1995.

Kleinman, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition. Basic books / A. Kleinman. USA, 1988.

Lavender, A. Rehabilitation / A. Lavender, F.N. Watts //The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by Lindsay S., Powell G. New York, 1995.

Leventhal, H. Lay beliefs about health and illness / H. Leventhal, Y. Benyamini // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Lorencz, B.J. Becoming Ordinary: Leaving the Psychiatric Hospital / B.J. Lorencz // The Illness Experience: Dimensions of Suffering. Ed. by J.M. Morse and J.L. Johnson. Newbury Park, 1988.

Lurigio, A.J. Individuals with Serious Mental Illness in the criminal justice system. The case of Richard P. / A.J. Lurigo, J. Fallon // Clinical Case studies. 2007. V. 6, № 4.

Marks, D.F. Health Psychology: Theory, Research and Practice / D.F. Marks [et al.]. London, 2000.

Marks, I.M. Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders / I.M. Marks. New York, Oxford, 1987.

Meadow, R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse / R. Meadow // Lancet. 1977. Vol. 2.

Murray, M. Health Psychology and Qualitative Research / M. Murray, K. Chamberlain // Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. Cambridge, 1999.

Phillips, K.A. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? / K.A. Phillips // Psychiatry and Clinic of North Amerika. 1995. V. 18, N 2.

Phillips, K.A. Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies / K.A. Phillips // Bullethin of Menninger Clinic. 1998. V. 62 (Suppl A).

Rector, N.A. Cognitive behavioural therapy for psychosis / N.A. Rector // Psychiatry Rounds. 1998. V. 2, № 2.

Remschmidt, H. Definition and classification / H. Remschmidt // Schizophrenia in Children and Adolescents. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

Rosenhan, D.L. On Being Sane in Insane Places / D.L. Rosenhan // Science. 1973. V. 179.

Sanders, D. Counselling for Psychosomatic Problems / D. Sanders. London, 1996.

Slaughter, J.R. In pursuit of perfection: a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder / J.R. Slaughter // American Family Physician. 1999. V. 60, № 6.

Steptoe, A. Stress and disease // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Turner, B.S. The Body and Society: Explorations in Social Theory / B.S. Turner. London, 2001.

Tweed, D.L. Disability, dependency, and demoralization / D.L. Tweed, D.L. Shern, J.A. Ciarlo // Rehabilitation Psychology. 1988. V. 33.

Vitkus, J. Casebook in abnormal psychology / J. Vitkus. New York, 1993.

Walsh, E. Violence in society. Contribution of mental illness is low / E. Walsh, T. Fahy // British Medical Journal. 2002. V. 325. P. 507–508.

Wardle, J. Anorexia nervosa and bulimia / J. Wardle // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

Wardle, J. Dieting / J. Wardle // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, 1997.

СОДЕРЖАНИЕ

Учебное издание

Фролова Юлия Геннадьевна

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Редактор *Т.С. Житкевич*
Художественный редактор *Т.В. Шабунько*
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*
Корректоры *В.П. Шкредова, Т.К. Хваль*
Компьютерная верстка *С.В. Шнейдер*

Подписано в печать 27.01.2011. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Офсетная печать. Усл. печ. л. 20,16. Уч.-изд. л. 20,64. Тираж 1200 экз. Заказ 293.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство "Вышэйшая школа"».
ЛИ № 02330/0494062 от 03.02.2009. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск.
e-mail: info@vshph.by http://vshph.by

Филиал № 1 открытого акционерного общества «Красная звезда».
ЛП № 02330/0494160 от 03.04.2009. Ул. Советская, 80, 225409, Барановичи.